FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N° 1067

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

par

QUEMADA Nicole
née le 7 Mars 1933
à St-Jean-le-Blanc (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1962

MATERNAGE ET ADOPTION

Président : M. P. JOANNON, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1962 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

par

QUEMADA Nicole
née le 7 Mars 1933
à St-Jean-le-Blanc (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1962

MATERNAGE ET ADOPTION

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. P. JOANNON , Professeur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549211_0004

PROFESSEURS HONOAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2ème ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1°- Chaires de Sciences Fondamentales

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)

Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN -F.P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
PHysiologie	(BINET (L.) (BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique Médicale	(DOGNON (A.) (DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) (POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)

Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2°- Chaires de Sciences Cliniques

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique Cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT JACOB (J.L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine . . .	GOSSET (J.)
	Salpêtrière.	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER(Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINE (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Cliniques des maladies des Enfants (Enfants Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)

Clinique des maladies métaboliques (Necker) . .		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) . . .		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENEGRE (J.)
	Broussais	SOULIE (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANCON(L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BERIETY (M.)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat).		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) . .		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu) . . .		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) . . .	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint Vincent de Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) . . .		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)

Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomis pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)

Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (J. DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANCON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE(H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)

Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y. LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl.de) GAUDART d'ALLAINES) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMET (G.)

Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ETIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)

Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.) m. conf. pr. s. chaire GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (J.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CORNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A.) pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique . . .	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture . .	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERTES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. cha.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE . . . . . BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.) FORGET (F.) Mlles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

A MES PARENTS

A MON MARI

A MA FAMILLE et MES AMIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JOANNON

en témoignage de ma vive reconnaissance
et de mon plus profond respect

A TOUS MES MAITRES

des Facultés de Médecine

de LYON et de PARIS

- INTRODUCTION -

Certaines affaires juridiques à grand retentissement ont porté à la connaissance du public le problème de l'adoption, sous la forme de l'opposition entre les droits des parents naturels et ceux des parents adoptifs ; la justice a tranché tantôt pour les uns, tantôt pour les autres. Nous paraissent monstrueux, les jugements qui ne tiennent pas compte du seul droit indiscutable : celui de l'enfant.

En effet, l'adoption montre un aspect particulier d'un problème beaucoup plus général : la nécessité vitale pour l'enfant, de l'amour de la femme - procréatrice ou non - qui s'en est occupée , qui est devenue sa mère.

Nous examinerons donc, d'abord, en quoi consistent les liens enfant - mère (ou substitut maternel) , en un mot ce qu'est le maternage , les conséquences qui résultent de sa réussite, de son absence (immaternage), de sa disparition brutale (dématernage)

A la lumière de ces faits nous étudierons les conditions de réussite de l'adoption, les raisons de ses échecs, l'iniquité de certains jugements et la faiblesse de la loi qui ne reconnaît pas encore le droit inaliénable de l'enfant, à conserver celle qu'il aime.

o

o o

I - MATERNAGE .

Il est généralement admis que la formation d'un enfant ne commence qu'au moment où il est susceptible de "comprendre" . Avant c'est un"élevage" où l'enfant n'a besoin que de soins attentifs : bonne alimentation, bonne hygiène corporelle - la tendresse de la mère, ou du substitut, n'étant que d'importance secondaire, la comblant elle, mais sans retentissement notable sur l'enfant - Si l'enfant est bien soigné - peu importe par qui semble-t-il - il est comblé ; et il faut noter l'opposition entre l'importance donnée à la qualité de l'éducation du grand enfant, et à sa continuité, et le peu de précautions à son élevage . On hésite à changer un enfant d'école pour ne pas le " dépayser" , on n'hésite pas à le changer de nurse, pour des raisons même futiles.

Or, en fait, l'affection de la mère - ou du substitut maternel - est indispensable et primordiale : elle seule permet un développement normal de l'enfant ; elle seule fait naître chez lui le besoin d'aimer.

Cet échange d'amour qui se crée très tôt , qui est indispensable à son équilibre affectif, à sa vie même, ne fait que croître et lui permet : un développement psycho - moteur normal, une affectivité normale, c'est à dire avant tout la capacité d'aimer, donc d'oblation.

C'est la création de ces liens que le Professeur Joannon a appelé le"maternage" et qu'il définit comme étant " l'ensemble des situations et des processus par lesquels la mère favorise ou permet, dès après la naissance le développement normal de son enfant " (x)

(x) P.Joannon - Maternage et nursing - La Presse Médicale 53 p.2059 (1960)

La mère désignant ici, comme dans tout ce qui suit, la personne qui materne, que ce soit sa procréatrice ou un substitut maternel : nourrice, grand'mère, mère adoptive etc...

CARACTERES GENERAUX DU MATERNAGE.-

Lorsque le maternage existe,l'évolution des relations entre la mère et l'enfant suit des étapes que nous pouvons séparer et étudier chronologiquement.

La première étape voit l'apparition de ce qu'on peut appeler un goût mutuel, qui n'est pas encore l'amour (sens du "like" anglais) Pour la mère, il n'y a pas encore d'amour vrai," personnel " - Même la procréatrice qui a désiré cet enfant et pense déjà l'aimer éprouve à l'égard de son nouveau-né un sentiment de tendresse, d'affection construite ; elle"aime" l'enfant"de sa chair" qui comble ses voeux, qui dépend d'elle, qu'elle devra élever, qu'elle doit donc chérir. Mais ce n'est pas encore lui, lui seul en tant que personnalité unique qu'elle aime, mais tout ce qui le rattache à sa naissance, tout ce qu'il évoque pour elle ; elle le voit encore à travers elle, à travers sa vie, son besoin, son désir d'aimer. Ses élans d'amour sont certes parfaitement sincères mais il s'y trouve encore une grande part de captation ; ils ne sont pas destinés, offerts à son enfant, mais satisfont son besoin personnel de tendresse.
Pour l'enfant , cette étape est très marquée ; la mère représente d'abord la nourriture qu'il prend. Son attitude première est donc uniquement captative. D'autres désirs vitaux sont également satisfaits par elle, en particulier le besoin de contact, de caresses. Progressivement la mère en tant que personnage unique se spécifie pour lui, auss bien par le toucher que par la voix. Dans son étude sur " la caresse

auditive au nourrisson " [x] le Dr André Thomas a montré que dès trois à quatre semaines, le nourrisson réagit à l'appel de son prenom s si celui-ci est prononcé par sa mère (ou son substitut) et seulement dans ce cas. Ce seul exemple montre à quel point le nourrisson est loin d'être ce"tube digestif" auquel on a voulu pendant longtemps le réduire.

C'est peut - être vers la sixième semaine, avec le premier sourire - qu'il offre toujours à un visage humain - que le stade de la captation simple est dépassé, et que commence l'évolution vers l'amour. Peu à peu, et selon ses moyens physiques et affectifs, il va donner un peu de lui-même à sa mère.

C'est alors que pour la mère et pour l'enfant le maternage débute réellement, au cours de ce second stade qui est celui de leur amour mutuel et unique.

La mère, qui s'occupe de son enfant, sent croître chaque jour son dévouement pour lui. Elle apprend à reconnaitre dans ses pleurs ou dans ses cris, la faim, la douleur, le sommeil, la solitude.. ce qui lui permet de répondre à ses besoins, de les prévenir, de lui donner soins et tendresse aux moments où il les désire. Bientôt elle le "connait", non plus seulement en tant que son enfant, mais en tant qu'individualité propre qu'elle respecte en l'aimant.

De son côté,l'enfant comblé par sa mère , sent naître en lui le besoin de lui plaire, de conserver sa tendresse et son sourire, de ne pas lui faire du mal : une des premières manifestations d'agressivité maitrisée par amour est la morsure retenue après l'expression douloureuse de la mère. Cet échange continuel aboutit à un équilibre har-

---

(x) A. Thomas - "La caresse auditive au nourrisson " le prénom et le pseudonyme . La Presse Médicale 53 p. 249 . (1960) .

monieux ; chacun reçoit de l'autre ce qu'il en attend et y trouve sa joie ; de plus c'est la possibilité pour l'enfant de se développer normalement. La nécéssité vitale de la création de ces liens est mise en évidence par l'état lamentable dans lequel se trouvent les enfants qui n'ont jamais été maternés. Quant à la progression de cet amour elle est telle que les liens sont devenus assez forts vers 10 - 12 mois, pour que soit littéralement brisé, tant sur le plan psycho - moteur que sur le plan affectif, l'enfant brutalement séparé de sa mère .

CONSEQUENCES DU MATERNAGE.

En effet les conséquences du maternage sont considérables, car il agit sur la formation, la construction même de la personnalité de l'enfant. L'amour de sa mère est indispensable à son développement psycho - moteur : l'enfant ne sourit, ne s'asseoit, ne marche, ne progresse, ne parle que stimulé par sa mère , et d'une manière générale (en tenant compte des dispositions constitutionnelles et physiques particulières à chaque enfant) on peut dire que les progrès sont d'autant plus rapides que l'enfant est bien materné.

L'influence du maternage est encore plus grande sur le plan affectif : il lui permet d'acquérir équilibre et maturité, dans la sécurité, la confiance et la joie.

C'est également une puissance éducatrice par la discipline acceptée, la maitrise de soi progressivement acquise par l'enfant.

En résumé, le maternage permet à l'enfant de se construire, de se faire, sur tous les plans physique, intellectuel, affectif.

DIFFERENTS ASPECTS DU MATERNAGE.-

Un maternage peut être plus ou moins bien réussi.

Toute bonne mère, qu'elle soit ou non procréatrice, qui a aidé son enfant à croître, tout en respectant son rythme à lui, réalise un bon maternage, si les soins sont prodigués avec tendresse.

Cette notion de tendresse, de présence aimée, ressentie par l'enfant, met de nouveau l'accent sur les conditions essentielles d'un bon maternage :

- amour et présence attentive de la mère dans le respect absolu de l'enfant.
- importance secondaire des"soins" purement corporels et matériels.

Il n'y a donc pas de parallélisme entre la réussite du maternage et la "qualité sociale",superficielle en somme,de la mère . Mieux vaut une mère légèrement négligente mais tendre, qu'une mère minutieusement propre mais trop dure.

L'enfant très "bien soigné" dont on parle avec admiration (satisfaction de l'orgueil maternel) n'est pas pour cela le mieux maternè.

Le maternage n'est pas non plus l'apanage de notre civilisation dite évoluée . Certaines civilisations réalisent par tradition d'excellents maternages. C'est ainsi que les enfants Africains de la région de Dakar, qui sont élevés pendant les deux premières années de leur vie au contact même de leur mère, dormant,mangeant, vivant

nuit et jour avec elle, présentent, comme l'a montré le Dr. S.Faladé(x) un développement psycho - moteur en moyenne plus rapide que dans nos pays. Il faut dire qu'ils remplissent les conditions idéales pour arriver à cette "symbiose parfaite" dont parle le Professeur Joannon.

C'est donc en dehors de toute considération de milieu social, de race, de civilisation, qu'il faut placer le maternage, mais seulement dans le cadre de l'amour mère - enfant, amour né de la capacité d'oblation de la mère, de son pouvoir d'aimer avec respect et tendresse.

DIFFERENCES AVEC LE NURSING.-

Le maternage présente des caractères essentiels et spécifiques que nous pouvons maintenant résumer en l'opposant à cet ensemble de soins que les auteurs anglo-saxonx nomment le nursing, que nous pouvons traduire par"soignance". Il parait essentiel en effet de les distinguer, et comparer leurs caractéristiques fait mieux ressortir ce que le maternage a d'unique, d'exclusif, de primordial. Le professeur Joannon résume les différentes définitions données au nursing.

« Certes, pris dans sa plus large expression, le mot nursing désigne l'exécution consciencieuse des soins, curatifs ou préventifs, les plus divers, les uns, à fin somatique, applicables à toutes les parties du corps, les autres, à fin psychique , indiqués par l'état mental. Mais en un sens restreint, qu'adoptent certains, il n'a plus trait qu'à l'enfant.(xx) »

(x) S. Faladé - Contribution à une étude sur le développement de l'enfant d'Afrique noire - Thèse - Paris (1956).

(xx) P. Joannon, Op. Cit.

Maternage et nursing se différencient alors dans leur qualité, leur durée, leurs conditions, leur but, leurs conséquences.

<< A la vérité nursing ou soignance ne peut signifier ce qu'est un maternage bien compris . En effet, ce que, pour la réussite de celui-ci, la mère donne constamment à son enfant, de manière consciente ou inconsciente, échappe aux énumérations, descriptions et illustrations d'un livre de technique. Malgré sa haute valeur et sa précision, le nursing (ou soignance) reste, dans la hiérarchie des diligences humaines, au dessous du maternage.

En somme le nursing est une protection, un secours ; le maternage est une genèse, partant plus qu'une protection, plus qu'un secours.

Par voie de conséquence, maintes différences apparaissent, nous allons rapidement le voir, ce parallèle ne pouvant porter atteinte à la mémoire de Florence Nightingale, dont l'oeuvre et l'exemple restent admirables .

Le nursing se cantonne dans les soins, d'ailleurs nombreux, corrects et dévoués, tandis que le maternage les dépasse. Mobilisée par un berceau, la maman fait plus qu'exécuter des soins : jour et nuit elle se donne. Une femme qui a eu la chance de pouvoir adopter un tout jeune enfant, avec l'intention de le rendre heureux et de l'aimer de tout son coeur, fait, en s'occupant affectueusement de lui, en le considérant, d'heure en heure, comme son petit, plus que du nursing.

Réussi ou manqué, le maternage, c'est à dire la série des relations primitives entre l'enfant et sa mère, marque pour lui,et de façon indélébile, ce que fut le commencement, bon ou mauvais, de l'histoire individuelle : il demeure un des principaux actes de la pièce, gravité

d'ordre personnel, disons même primordialité, que n'atteint pas le nursing. Conclure d'une enquête que tel enfant fut bien materné c'est porter un jugement très significatif.

Quels que soient ses détails apparents, et même si l'ensemble de ceux-ci restent simples, un bon maternage garde, en son fond, une discrète mais émouvante solennité qui manque au nursing. Au cours des années, ce trésor invisible est à sentir et, autant ou plus que le David de la conscience, le Goliath de l'inconscient doit le fêter. C'est pour beaucoup la grande chance, le secret d'un heureux destin.

En matière de nursing, une même soignante peut souvent se charger de plusieurs personnes, entre lesquelles existe eventuellement une grande inégalité d'age. Au contraire pendant une période assez longue, une même femme ne peut, en principe materner q'un seul et même enfant.

Les soins attentifs qu'évoque l'expression générale nursing n'ont pas le caractère très particulier que nous avons reconnu au maternage. Ces soins, dont le domaine est si large, peuvent tolérer une banalité ou même, en dépit du bon vouloir de qui les donne, une superficialité que refuse le maternage, évènement important, essentiellement original, profond ou plutôt global, dont doit bénéficier, grace à des conditions favorables et, pour ainsi dire,"sur mesure", un certain enfant.

La saine influence exercée par le nursing sur la personne qui s'y livre, ne saurait être comparée à la maternisation par laquelle l'enfant répond au maternage, formation nécessaire de la mère, sculpture symétrique, offrande ébondue et irremplacable récompense, faisant du croisement de ces deux séries de phénomènes un succès unique. L'amour surclasse l'amitié.

Le nursing est facultatif, alors que, dans notre civilisation, le maternage est obligatoire, le droit de l'enfant à aimer et à être aimé étant tenu pour absolu.

Le nursing est respectable ; à moins d'admettre que l'amour le plus naturel est une pernicieuse faiblesse, le maternage est sacré.

On peut être soumis à plusieurs reprises, au nursing, heureusement ; ainsi l'est-on aussi souvent qu'il le faut ; on n'est materné qu'une seule fois, heureusement aussi, le rematernage ayant moindres vertu et dignité.

En résumé les mots nursing (ou soignance) et maternage ne sont pas synonymes et désormais les réalités qu'ils désignent ne sauraient être confondues.(x) >>

PATERNAGE .-

Nous ne pouvons terminer cette étude du maternage sans mentionner un aspect nouveau des premières relations de l'enfant, qui est l'établissement des liens père - enfant très précoce, et que pour employer la même terminologie, nous pouvons nommer le paternage.

C'est un aspect nouveau dans sa généralisation . En effet, autrefois, le père apparaissait tardivement dans la vie affective de l'enfant dont il ne s'occupait, le plus souvent, qu'après la première année. Actuellement,les conditions de vie ont changé, dans nombre de foyer, la femme, elle aussi travaille au dehors, et le père prend une

(x) P. Joannon , Op. Cit.

Nous ne pouvons terminer cette étude du maternage sans mentionner, fut-ce très succinctement, le rematernage ayant motivé [illegible]

(*) I. Lezine, op. cit.

En résumé les mots nursing (ou soignance) et maternage ne sont pas synonymes et déforment la réalité qu'ils désignent ne sans-

très grande part aux travaux de la maison ainsi qu'aux soins donnés au nouveau-né.

Or les soins donnés à cet enfant, d'abord par amour pour sa femme, pour l'aider, créent très tôt des relations affectives serrées entre lui et cet enfant qui devient vraiment le sien. Les mêmes étapes sont franchies qui conduisent à cet échange d'amour : il y a paternage.

Les conséquences sont grandes, particulièrement en ce qui concerne l'enfant, et si le recul est insuffisant pour les juger dans leur ensemble, nous pouvons en présumer facilement quelques-unes :

- acceptation sans doute plus facile, plus précoce du couple.
- libertée plus grande pour la mère, dont la présence est moins continuellement nécessaire.
- paternage pouvant remplacer le maternage lorsque celui-ci est médiocre, quèlles qu'en soient les raisons.

o

o o

II - IMMATERNAGE.

L'immaternage se définit comme l'absence de maternage initial. L'enfant dès sa naissance est placé dans des conditions telles qu'aucun echange affectif profond n'a lieu, que la construction de cet amour mère - enfant ne peut se faire.

La dureté d'une mère ou du substitut qui ne s'attache pas à l'enfant, ou l'instabilité des premiers mois de sa vie, font que l'enfant ne va jamais au dela du stade de "gout", parce qu'il n'est jamais vraiment aimé.

DIFFERENTES CAUSES DE L'IMMATERNAGE.-

Ces conditions relèvent de deux grandes causes :

- l'institutionalisme
- l'insuffisance manifeste de la mère ou du substitut maternel.

L'enfant né en institution et y vivant, n'arrive pas à établir ces liens si particuliers, si exclusifs que comprend le maternage. Certes, il sera très bien soigné, dans un cadre parfois agréable, par des personnes douces et compétentes, qui lui prodigueront de l'affection. Mais bien que l'on s'efforce d'attribuer le plus souvent possible, la même soignante à cet enfant, celle-ci ne peut jouer le rôle d'une mère : il la partage avec trop d'autres enfants, et elle disparaît trop souvent : lors de ses congés elle est remplacée, parfois même par une inconnue ; la nuit s'il se réveille ce n'est pas elle qui vient l'apaiser ; s'il est malade elle"l'abandonne" puisqu'il est immédiatement transféré dans un autre service. Finalement après une ébauche d'amour, il est amené à ne plus compter sur elle, à ne

plus compter sur personne. Pour lui il n'y a pas de stabilité, pas de sécurité continue, vraie, par suite pas d'amour. Il est immaterné.

Il y a d'autre part des enfants "élevés" par leur mère ou leur substitut qui sont également immaternés . Ce sont d'abord les enfants de mères totalement insuffisantes,souvent infantiles, qui n'ont pas désiré cet enfant, qui lui sont hostiles ou parfaitement indifférentes. L'enfant sera traité en objet, sans tendresse, et parfois même rudement. Or nous savons que l'enfant ne peut que répondre à un sentiment, qu'il lui faut apprendre à aimer, qu'il attend tout de celle qui s'en occupe ; s'il n'en reçoit rien, ni tendresse ni amour, seulement des soins indifférents ou hostiles, il ne se crée aucun lien mère - enfant ni d'un côté ni de l'autre, mais une agressivité réciproque qui ne peut que croître avec le temps. On retrouve fréquemment, dans les rapports mère -enfant ce caractère d'instabilité qui crée chez l'enfant l'insécurité, puis l'agressivité et l'indifférence. Il y a l[illegible] chez la mère, alternance de fausse douceur, de cajoleries puis de rudesse pouvant aller jusqu'à la brutalité. L'enfant ne sachant jamais ce qui va venir est apeuré, angoissé, ne répond pas aux "avances" trop capricieuses de cette mère qui lui en veut, et l'amour qui n'a pu naître est remplacé par l'agressivité.

L'enfant confié à un mauvais substitut maternel se trouve dans une situation identique, aggravée par le fait qu'il sera souvent changé de nourrice, hospitalisé, de nouveau changé, car on imputera facilement au caractère propre de l'enfant, ce qui est dû aux troubles liés à l'absence initiale de maternage.

CONSEQUENCES.-

En effet, des conséquences de l'immaternage apparaissent rapidement et sont très graves.

Un premier effet est le retentissement sur le développement psycho - moteur qui se fait avec retard et distorsion : l'enfant "pousse" mal, est en retard pour sourire, pour s'asseoir, pour marcher, pour tendre les bras .... Les tests de développement comme le teste de Gesell, montrent un retard considérable chez certains, et parfois même sont impossibles à faire tant la déchéance du sujet est grande ; ce sont les"pseudo - débiles" ou même"pseudo - imbéciles" que l'on trouvait autrefois dans les institutions.

Sur le plan psycho - affectif on trouve de très gros troubles. Les manifestations de l'immaterné sont caractérisées par un mélange d'agressivité et de détachement. L'agressivité est intense et générale, tout d'abord à l'égard des choses avec un goût prononcé pour la destruction ; puis à l'égard d'eux - mêmes : ils se jettent par terre, se frappent la tête contre leur lit ou les murs ; enfin à l'égard des autres : ils térrorisent les autres enfants, et rendent difficile la tâche des personnes qui s'occupent d'eux par leurs refus, leur opposition, leur violence.

En dehors de ces crises d'agressivité dont la force et la durée varient avec chaque enfant, celui-ci est déprimé, semblant détaché de tout et de tous et pourtant très présent au monde comme en témoigne une angoisse profonde, angoisse liée à l'insécurité réveillée par le moindre changement.

Dans de nombreux cas, des troubles psychiques apparaissent, marquant une atteinte profonde de sa structure même, et à l'extrême si l'enfant ne crée aucun lien d'aucune sorte avec un adulte et ce pendant des mois, et plus particulièrement, comme l'a souligné Madame Aubry entre le quatrième et le quinzième mois, " période cruciale pour la construction du moi "[(x)] , la désintégration de la personnalité se produit irré-

(x) J.Aubry - Lacarence de soins maternels p.131 Centre International de l'Enfance P.U.F. - Paris (1955).

médiablement et une psychose véritable se constitue.

Ce syndrome grave, que dans tous les cas produit l'immaternage, qui s'est installé progressivement, demande parfois des années de thérapeutique pour disparaître, s'il disparaît car il est parfois incurable. Et même s'il est atténué par la psychothérapie, puis la réinsertion en milieu familial, l'enfant n'en demeure pas moins un immaturé par défaut d'amour, et cette immaturation le rend incapable d'aimer, en fait un malheureux solitaire, asocial, amoral, prêt pour la délinquance. Tout se passe comme si n'ayant pas connu l'amour de sa mère, il n'a pas appris et n'est pas capable d'aimer.

L'histoire de Robert illustre bien ce qu'est l'immaterné (x)

« Hérédité : Le père est inconnu, la mère est actuellement internée pour la quatrième fois et définitivement semble-t-il depuis juillet 1952. Pendant la grossesse elle était déjà instable et revendicatrice et se trainait d'asile de nuit en asile de nuit. Obsédée, persécutée, revendicatrice, elle écrivait des lettres de réclamations au Prefet de Police et au Président de la République.

Antécédents. Robert naît le 4 mars 1948 et passe les six premiers mois de sa vie avec sa mère qui change sans cesse de maison maternelle et se montre totalement incapable de soigner son enfant ; elle oublie de lui donner son biberon, le laisse dépérir et crier de faim. Le médecin de l'une des maisons maternelle a l'impression qu'elle est capable de lui infliger des sévices et devant l'état de dénutrition de l'enfant le fait hospitaliser à Trousseau. Il y passe deux mois,

---

(x) J.Aubry Op. cit. p. 125 à 130 .-

fait une otite bilatérale grave qui nécessite une antrotomie double puis est envoyé dans une pouponnière très médiocre où il reste de huit mois à un an. La mère est mise en demeure de le reprendre, et il passe de nouveau huit mois avec elle : finalement elle le dépose à l'age de vingt mois au Centre Saint - Vincent-de-Paul.

Un cercle infernal commence alors pour Robert qui de pouponnière en hopital connait quinze changements de novembre 1949 à décembre 1951 date de son entrée à Parent de Rosan. Au cours de ce périple il est examiné à plusieurs reprises. On signale d'abord de profondes perturbations somatiques puis comme l'état physique s'améliore des troubles psychiques. A deux ans trois mois, il est indiqué que Robert marche les jambes raides comme s'il était atteint de paraplégie spasmodique ; cependant le fond de l'oeil est normal de même que l'encéphalographie gazeuse ; son agitation en permet pas de lui faire un électro-encéphalogramme.

A tois ans et demi, les troubles du comportement sont aggavés et on envisage un internement mais avant d'adopter cette solution on décide une mise en observation à la Fondation Parent de Rosan.

Etat de Robert à son arrivée : Robert est en bon état physique sauf une otorrhée bilatérale chronique ; agé de tois ans neuf mois il est solide, bien bâti, mesure 94 cm et pèse 13,200 kg, mais son comportement est très anormal.

Sa figure frappe par un prognathisme marqué et par le regard obsédé de ses yeux qui semblent converger sur un objet immaginaire à quelque distance. Son agitation perpétuelle le rend difficilement tolérable dans une collectivité. Il court sans répit et sans but en poussant des cris gutturaux ou des rires discordants n'utilisant que deux mots toujours criés "Madame" et" le loup" ; il manque sans cesse de

tomber car sa démarche est incertaine et ses jambes raides, il ne sait pas monter les escaliers et ne peut pas rectifier un mouvement commencé ; pour atteindre un objet il projette ses mains brutalement en avant, manque souvent son but et doit alors recommencer le geste entièrement. Il sait manger seul mais ne peut rester assis plus de quelques secondes ce qui rend les repas difficiles.

Il ne différencie aucun jouet et n'utilise les objets que pour les entasser et les faire tomber ce qui déclenche chez lui un rire anormal ; de même il s'accroche à l'adulte et ne peut supporter de le voir partir ou s'occuper d'un autre enfant il ne l'utilise que pour entasser sur lui des objets qu'il fait ensuite tomber. Il ne paraît conscient de la présence des autres enfants que lorsque ceux-ci crient ; Robert se précipite alors sur eux le poing en avant comme s'il voulait les battre, la bouche ouverte comme pour les dévorer mais il ne les touche pas et se contente de leur adresser avec violence des syllables isolées qui semblent des invectives ; les enfants en ont très peur et sont comme paralysés devant lui ; fait curieux lorsqu'il se trouve seul avec un adulte il agit comme si les autres enfants étaient autour de lui mais ses gestes et sa mimique s'adressent au vide et on peut se demander s'il n'est pas halluciné.

Sur ce fond permanent d'agitation incohérente se greffent plusieurs fois par jour des crises qui surviennent brusquement, cessent de même et pourraient faire croire à l'existence de convulsions ; au cours de ces crises Robert hurle " le loup" sa face est cramoisie, et tout son corps est secoué par des mouvements désordonnés et il devient dangereux ; il attaque les autres enfants avec l'objet qu'il tient dans la main ou cherche à les étrangler. Certains événements quotidiens déclenchent ces crises : le déshabillage, le bain, le vidage des pots, les portes ouvertes, l'obscurité, les changements de pièce, les

cris des autres enfants. Plus rarement Robert a des crises dépressives pendant lesquelles il reste prostré, sans mouvement et le regard vague.

Malgré ce comportement chaotique Robert n'est nullement autique, il est conscient du monde extérieur mais ne peut entrer en contact avec lui qu'à travers des objets en se protégeant par des rites obsessionnels et une hyperactivité incessante de l'angoisse destructrice.

Lorsqu'il passe le test de Gesell il s'intéresse brièvement aux objets et réalise les performances d'un enfant de quinze mois ce qui lui fait attribuer un quotient 43.

A la fin de la période d'observation le diagnostic est porté de nevrose obsessionnelle grave évoluant vers un état psychotique et le pronostic est très réservé. On décide cependant de tenter l'épreuve thérapeutique et le traitement commence en janvier 1952 pour aboutir après de multiples péripéties à un placement familial en juillet 1954.

Evolution : Au cours des deux premiers mois les troubles du comportement s'aggravent ; à mesure que Robert établit un lien avec sa thérapeute, lien dont il a un besoin vital, il est pris d'une peur frénétique d'être détruit une fois de plus par la disparition de l'objet aimé. L'angoisse supprimée ou masquée par l'hyperagitation et ses rites redevient apparente, les crises para-convulsives augmentent de durée et de fréquence, deviennent incoercibles et il faut une étroite surveillance pour prévenir ses attaques contre les autres enfants et le protéger contre lui-même. Mais cette angoisse même est un élément favorable car elle indique que Robert abandonne le chemin de la psychose et du monde immaginaire pour revenir à une réalité pénible sans

doute mais contre laquelle il est possible de l'aider.

Le mois suivant en effet Robert par son jeu en séance donne la signification des évènements quotidiens qui declenchent ses crises et à mesure que cette signification lui est interprétée elle perd son pouvoir destructeur et angoissant ; le soir même de la séance Robert supporte l'évènement qui avant provoquait une crise.

Il y a pour Robert un principe destructeur qu'il appelle " le loup" et qui est le changement, mais "le loup" a des visages multiples : la porte ouverte signifie qu'on peut l'emmener ailleurs, c'est "le loup"; dans l'obscurité il est impossible de s'assurer de la permanence du lieu où l'on se trouve c'est"le loup" ; on le change de pièce,c'est "le loup"; les vêtements d'uniforme de l'Assistance Publique sont à peu près les mêmes dans tous les hopitaux et lui assurent une certaine permanence, si on le déshabille c'est "le loup".

D'autre part, Robert n'a jamais pu identifier son corps et le distinguer des objets qui l'entourent ; lui enlever ses vêtements, vider ses selles dans les cabinets où elles disparaissent et sont détruites c'est lui enlever une partie de lui-même et le détruire.

Très rapidement le coucher devient facile, les changements de pièce, l'obscurité, les portes ouvertes sont tolérables, le vidage des pots devient supportable à condition que Robert y participe et aide les infirmières ; bientôt il peut mener avec les autres enfants une vie de groupe. Il ne s'agit nullement encore d'une intégration réelle mais seulement d'un sentiment de sécurité qui lui permet d'être plus calme. La permanence de la thérapeute enlève au milieu environnant son pouvoir destructeur.

Au cours des trois mois suivants Robert franchit une nouvelle étape. Le loup n'est pas seulement extérieur à lui mais aussi en lui ; il a absorbé le mal avec la mauvaise nourriture que lui donnait une mère affamante, il est lui-même mauvais, frappe son image dans la glace en criant le loup, se représente symboliquement par un pot contenant un biberon cassé en menus morceaux et du lait mélangé d'urine et de sable. Robert rejette hors de lui le loup, et se trouve vide mais apte enfin à recevoir la bonne nourriture qui lui permettra de se construire au lieu d'être toujours détruit. Il retraverse alors les phases normales de la première enfance et devenu capable de recevoir il peut aussi donner ; il devient le défenseur des plus faibles, cherche à rendre service, s'intéresse à une poupée qu'il berce,nourrit et couche ; il peut prendre part à des jeux collectifs pendant un temps encore bref il se plie à la discipline du groupe et supporte d'être puni ; les troubles moteurs ont presque disparus et il est propre dans la journée. Cet équilibre encore précaire reste à la mercie d'un changement de la routine quotidienne mais, même s'il a quelques peines à s'adapter, il est atteignable et recherche même l'aide de l'adulte quand il est angoissé.

En juillet la thérapeute part en vacances pour sept semaines après avoir préparé Robert à son absence en insistant sur la permanence du milieu environnant. L'enfant supporte assez bien la séparation mais au retour de la thérapeute réagit sur le plan somatique : diarrhée, vomissement, syncopes, état subfébrile reproduisant à peu près les symptômes qu'il avait présenté à l'age de six mois lors de la première séparation ; simple coïncidence peut-être mais coïncidence que nous avons trop souvent vu se reproduire pour ne pas être tentés de lui attribuer une signification psychologique.

Robert surmonte cette crise et le traitement se poursuit ; au cours des scéances Robert revit certains évènements traumatiques de son passé ; il joue à plusieurs reprises une scène qui l'angoisse où le biberon l'étouffe tandis qu'il porte la main à l'oreille avec une mimique d'intense souffrance. Une enquête dans le service où il a été opéré révèle que pour les empêcher de crier pendant l'opération on maintient de force un biberon dans la bouche des enfants trop jeunes pour être endormis ; ici encore la nourriture était associée à une destruction douloureuse.

Cependant Robert traverse une période difficile et devient extrèmement jaloux de Maryse traitée par sa thérapeute ; il essaie à plusieurs reprises de l'étrangler et en même temps essaie de se faire petite fille seul moyen croit-il d'être aimé et de ne plus perdre sa thérapeute ; un soir tout nu dans son lit devant un groupe de petites filles térrifiées il fait le simulacre de se couper le pénis avec des ciseaux en matière plastique. Peu à peu cependant il fait des progrès, établit une relation fraternelle avec Maryse qu'il protège contre les autres, devient capable d'avoir des goûts, des désirs, des activités personnelles tandis que son quotient de développement passe de 43 à 76.

Le traitement est interrompu huit mois en raison de la santé de la thérapeute, Robert conserve ses acquisitions mais soigné par des infirmières, entouré surtout de petites filles et d'enfants plus jeunes que lui il ne peut ni se développer ni différencier les sexes, ni s'identifier à un homme ; il est encore trop instable et trop retardé pour qu'un placement familial puisse être envisagé. On décide pour terminer le traitement d'adjoindre à la thérapeute un thérapeute homme. Robert liquide avec la thérapeute son agressivité envers les mères changeantes et destructrices tandis qu'il établit un lien très positif avec le thérapeute et se livre avec lui à des activités constructives.

L'accord entre les deux thérapeutes lui donne un sentiment d'unité qui permet une intégration psychique et le mène à l'indépendance. A un moment donné il enferme à clé dans une pièce les deux thérapeutes et va seul au jardin d'enfants ; encore anxieux, il retourne à plusieurs reprises vérifier leur existence et leur présence puis complètement détendu peut retourner à ses occupations. Robert est alors préparé à un placement nourricier ; accompagné par ses thérapeutes il rend quatre fois visite aux futurs parents nourriciers et entre chez eux en juillet 1954. Placé depuis trois mois il paraît s'être bien adapté ; il accepte la discipline que lui impose la nourrice avec une fermeté chaleureuse, va chaque soir chercher son père à la sortie de l'usine, s'est lié d'amitié admirative avec le petit fils un peu plus agé que lui et reçoit ses thérapeutes en leur faisant visiter la maison et le jardin comme s'il était chez lui. Le langage progresse mais reste déficient.

Compréhension du cas : Elevé par une mère affamante et destructrice, Robert est morcelé ; les multiples changements subis après la séparation ne lui ont jamais permis de se construire. Au début il réagit à la séparation par des troubles somatiques, mais chaque maladie entraine une nouvelle hospitalisation, un nouveau changement donc une punition mortelle et emmuré en lui même dans son univers chaotique il glisse vers la psychose.≫

Il est des conséquences plus lointaines de l'immaternage que l'on peut supposer.

Dans le domaine psychiatrique, il joue un rôle vraisemblable comme facteur étiologique de certaines perversions et de psychopaties comme la schizophrénie - au même titre ou peut-être plus encore que les déséquilibres parentaux.

D'autre part il est permis de penser que le caractère profond d'un enfant peut être modifié à jamais et que l'immaternage crée des "amorphes" , indifférents à tout, à charge pour les autres, et malheureux eux mêmes. Ces enfants qui ne savent pas aimer, rien ni personne, qui se laissent vivre dans la plus profonde indifférence, peuvent avoir été ainsi transformés par l'immaternage.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE.

Lorsque les dégats de l'immaternage sont très importants, on ne peut réparer que les moins profonds. Les grands immaternés nécéssitent d'abord une longue psychothérapie, puis un placement nourricier dans une famille exceptionnelle. Là l'enfant pourra peut-être bénéficier d'un maternage tardif, mais les résultats sont aléatoires : c'est néanmoins sa seule chance d'être "sauvé ".

Quant à la prophylaxie, c'est d'abord un problème d'institution et les progrès déjà réalisés ne font que croître avec l'organisation des différents centres vers une personnalisation des soins, vers une solution "familiale" non seulement par des placements au dehors (foyers nourriciers ou adoptifs), mais aussi à l'intérieur même des centres.

Pour les immaternés dans leur famille, la prophylaxie est beaucoup plus difficile : elle se heurte en effet aux problèmes du dépistage et de bonne orientation thérapeutique (ce sont des arriérés fonctionnels,récupérables au moins en partie, et non des arriérés organiques, voués à l'asile), problèmes auxquels vient s'ajouter l'aspect juridique de déchéance paternelle, et de replacement ultérieur dans une bonne famille nourricière.

FORMES ATTENUEES : SOUS MATERNAGE .

Cette forme typique, complète d'immaternage que nous venons de décrire n'est pas la seule c'est la plus totale, celle qui a les conséquences les plus graves et les plus fréquemment iréversibles, mais c'est aussi la plus facilement mise en lumière, et par conséquent celle contre laquelle on peut le mieux s'armer.

Il existe des formes atténuées que l'on peut qualifier de sous-maternage, qui correspondent à un maternage médiocre, voire mauvais. Certe,l'enfant n'est pas entièrement rejeté par sa mère, mais il n'est pas non plus aimé comme il devrait l'être. Les liens qui s'établissent entre la mère et son enfant sont moins forts, non exempts de rudesse sinon d'agressivité. Quelle qu'en soit la cause, c'est essentiellement de tendresse dont manque l'enfant, de cette tendresse vigilante et unique, qui caractérise l'amour mère-enfant et qui en fait la spécificité (comme c'est le cas dans une famille de plusieurs enfants). C'est cette tendresse qui incite l'enfant à manifester la sienne, d'autant plus que ses premiers gestes affectueux, même dans leur ébauche maladroite, sont accueillis par sa mère avec joie et reconnaissance ; l'enfant oriente alors ses actes en fonction de la réaction maternelle, apprend les caresses et la joie de plaire, et constatant la part importante qu'il a au bonheur de sa mère, il apprend à aimer. Au contraire, un enfant dont les ébauches de tendresse restent sans réponse, qui se sent étranger au bonheur de sa mère, grandit sans joie, est médiocrement materné.

Les effets du sous-maternage sont moins accusés que ceux des formes complètes d'immaternage. Ils sont aussi plus difficiles à isoler parmi les mécanismes complexes qui entrent en jeu et font d'un enfant ce qu'il est, mais leur existence est certaine. Le manque de tendresse, la froideur dans les échanges mère - enfant ne permettent pas à l'enfant de découvrir la joie de vivre : n'étant pas pour sa mère source de joie, il ne peut la connaitre. D'autre part, l'absence de douceur

de valorisation donnée au temps passé auprès de l'enfant, valorisation qui transforme les soins en prétextes à jouer, à échanger caresses et mots tendres, fait que ces enfants ignorent la valeur de la tendresse, grandissent et vivent sans elle. De génération en génération ils ne connaissent que la rudesse comme ces paysannes de certaines campagnes françaises(x) qui par tradition s'occupent de leurs enfants le minimum de temps pour se consacrer à leurs travaux, considérant la tendresse comme un luxe, une perte de temps ou même une faiblesse. Une dernière conséquence est la pauvreté de leur vie affective. Avec les soins indispensables, l'enfant sous-materné reçoit le minimum d'affection : habitué à recevoir peu, à "vivre " de peu, il ne saura que peu donner. La pauvreté de ce premier échange explique, et peut-être même implique, la pauvreté des échanges ultérieurs

Les circonstances dans lesquelles on retrouve ces sous-maternages sont diverses et pas toujours évidentes.

La première cause est la dureté de la mère, qui ignorant la tendresse parce qu'elle n'a pas été formée à elle, ne peut en prodiguer à son enfant.

Parfois, la dureté maternelle ne s'adresse qu'à un des enfants parmi plusieurs. Ce n'est plus une carence de la mère, mais une réaction particulière à une situation : l'enfant n'est pas accepté (naissance non souhaitée, orgueil maternel blessé, déception etc....) Le sous-maternage est ici beaucoup plus camouflé, car si parfois la mère ne cherche pas à s'en défendre, et sa dureté peut devenir alors violence, et à la limite sévices et crime, le plus souvent elle culpabilise l'insuffisance de son attachement et la rend apparemment négligeable. Mais l'enfant moins aimé le sent toujours, et les troubles occasionnés

---

(x) Congrès de l'U N A R - Angers 1958 - Rapport de Madame Boileau.

chez lui seront d'autant plus importants qu'au sous-maternage s'ajouteront jalousie et sentiment d'injustice, de frustration. L'agressivité et une forte tendance à la captation seront souvent les séquelles de ce sous-maternage électif.

Il existe de nombreux cas où les circonstances matérielles sont à l'origine de sous-maternages. La mère qui travaille à l'extérieur, et qui parfois dispose de très peu de temps pour s'occuper de son enfant, confié le reste du temps à des étrangers ou une collectivité, ne peut offrir un bon maternage à son enfant. Pour les mêmes raisons, de temps insuffisant, de fatigue extrême entrainant impatience et sécheresse affective, la mère de trop d'enfants et trop rapprochés, ne peut bien materner les derniers nés. Pour ces mères il faut effectuer l'indispensable, et il ne leur reste plus de temps pour la tendresse devenue un luxe malgré elles.

Dans d'autres cas, qui sont loin d'être négligeables (particulièrement fréquents dans la grande bourgeoisie) la vie mondaine de la mère empêche l'enfant d'être bien materné, lorsque c'est elle qui assure le maternage de son enfant, mais lui apporte trop peu de temps et trop peu d'amour. Il est évident que seuls entrent dans ce cas, ceux qui sont maternés par leur mère ; car pour ceux qui sont confiés à une bonne nourrice ou une bonne nurse à domicile, et qui sont donc maternés par celle-ci, le problème de la mère n'intervient pas, du moins pas à ce stade, et le problème crucial est celui de la pérennité de ce substitut maternel.

A l'opposé il est des cas où ce sous-maternage est un bienfait, et remplace l'immaternage. C'est ainsi qu'un enfant d'une collectivité, distingué par une soignante, aimé par elle, va être materné. Pour lui et pour lui seul, elle a une forme de tendresse profonde qui crée entre eux des liens uniques. Les conditions matérielles de vie

institutionnelle font que ce maternage ne peut être excellent, mais il sauve l'enfant de l'immaternage.

La prophylaxie du sous maternage découle de l'étude de ses différentes causes. Certes, il y a des cas isolés de carence affective de la mère, qui restent sans solution ; mais dans les autres cas il existe des moyens d'amélioration. En effet, la seule connaissance du problème peut entrainer, dans certaines familles, la disparition de traditions mondaines néfastes pour les enfants, ou l'acceptation d'un maternage par un substitut. D'un point de vue plus général, des heures de travail à l'extérieur "normalisées " pour les femmes - l'idéal étant certainement le travail à mis temps - et surtout la généralisation du contrôle des naissances, permettant à chaque enfant d'être materné comme il en a le droit, parce que désiré par une famille équilibrée, et non plus accepté sinon subit dans l'accablement de tous et l'épuisement de sa mère en particulier, feront disparaître un bon nombre de sous-maternages

o

o o

III - DEMATERNAGE.

L'enfant bien materné, c'est, nous l'avons vu, l'enfant "rose", bien portant, bien oxygéné, physiquement et moralement, heureux de vivre, riche de cette richesse ineffable qu'est l'amour de sa mère et son amour pour elle.

L'enfant immaterné ou mal materné, c'est l'enfant "bleu", mal oxygéné, pauvre, infirme même, en marge de cet essentiel qu'est l'amour, parce qu'il n'a jamais connu le premier, peut-être le plus grand, l'amour de sa "mère". Frustré dès sa naissance, c'est le pauvre, incomplet, insatisfait qui va vivre une vie tronquée, mais ignore, car ne l'a jamais connu, ce dont il est privé. Il est malheureux certes, mais sa souffrance n'a rien de comparable avec celle aigue, atroce, intolérable, de l'enfant heureux, aimé et aimant, brusquement arraché de sa mère, qui sait ce qu'il perd et le mesure. Frappé en pleine santé, en pleine vie, du mal le plus douloureux, l'arrachement de sa mère, de son amour, de son monde : il est dératerné. Et ce dématernage, outre la souffrance intense qu'il inflige à cet enfant comme soumis à une sorte de vivisection, a des conséquences dramatiques lorsque, l'absence de la mère se prolongeant, la carence de soins maternels suit le choc de la séparation.

Le dématernage, qui, par définition, est la nouvelle situation de l'enfant provoquée par l'absence de la mère, est réalisé dans sa forme totale lorsqu'il y a rupture complète avec l'ancienne vie : non seulement l'enfant est séparé de sa mère, mais aussi de tout ce qu'il connaissait : sa famille, son cadre, ses jouets, et qui le rattachait à sa mère comme une sorte de prolongement de celle-ci.

Cette absence de la mère aura des conséquences différentes suivant sa durée. La période suivant immédiatement le départ de la mère, correspond au dématernage aigu qui comprend essentiellement le choc de la séparation et la détresse consécutive. Si l'absence se prolonge, l'enfant entre dans la phase de dématernage chronique, caractérisé par des troubles psycho-somatiques marqués et des séquelles redoutables.

DEMATERNAGE AIGU. -

L'absence de la mère ne durant pas assez pour qu'il y ait carence, le dématernage est aigu et comporte avant tout le choc de la séparation, c'est à dire les réactions initiales de l'enfant et l'évolution immédiate en quelques jours.

Les réactions initiales de l'enfant, sont, dans la plupart des cas d'une grande violence, et témoignent d'une souffrance, d'une détresse immenses.

Madame Aubry, dans sa remarquable étude* portant sur 54 enfants de 1 à 2 ans, séparés de leur mère et amenés en pouponnière, a déterminé 3 formes de réactions initiales :

- Dans un premier groupe, de loin le plus important : 34 cas sur 54, la réaction est caractérisée par une détresse intense accompagnée de pleurs et d'agitation. Le choc n'est pas immédiat, à son entrée à la fondation : l'enfant se montre dérouté mais il est sans grande méfiance, parfois seulement un peu inquiet, mais pas encore chaviré. Souvent les premières heures se passent à peu près normalement, le contact avec les infirmières est bon, toujours possible. Les premiers signes de détresse n'apparaissent qu'au moment où l'enfant reçoit d'une inconnue, les soins qui lui sont habituellement donnés par la mère ; c'est le déshabillage, la toilette, la mise au lit ; et, en pleine détresse débutante, l'abandon par l'infirmière qui va s'occuper d'autres enfants. C'est alors qu'il s'effondre et que sa douleur s'extériorise bruyamment. Pendant des heures, il va pleurer, inconsolable. Les adultes ne lui apportent aucun apaisement ; parfois, il se laisse cajoler, tend les bras, s'abandonne dans ceux d'un adulte, puis comme s'apercevant de son leurre, repousse ces caresses qui ne sont rien pour lui, puisqu'elles ne viennent pas de sa mère. Et ses pleurs reprennent, intarissables, entrecoupés , chez les plus grands, de cris déchirants et d'appels ; certains, à l'approche de quelqu'un, se révoltent : debouts, tendus, raidis dans la colère, hurlant ou trépignant dans un paroxysme de rage,

---

* J. Aubry. Op. cit

ils semblent pris d'une sorte de protestation délirante. D'autres, immobiles, figés, pleurent sans cris mais sans fin. Tous sont encore dans l'attente désespérée de leur mère, les yeux tournés vers la porte, et ceux qui marchent, explorent tous les coins, veulent encore marcher et chercher.

- Dans un deuxième groupe, minoritaire, l'enfant montre une détresse intense sous forme d'inertie totale (8 cas sur 54). L'enfant est immobile, silencieux : pas de cris, pas d'appels, pas de larmes ni de pleurs, tout au plus grogne-t-il de temps à autre, pas de réaction à l'approche d'un adulte, pas de quête du regard qui reste vide, perdu. Il est anéanti, prostré, désespéré, n'attend rien ni personne, ni secours, ni même sa mère. Il est cassé, il s'est retiré de la vie, comme on lui a retiré sa mère.

- Dans un troisième groupe (12 cas sur 54) la réaction de détresse est atténuée et passe facilement inaperçue, ne comportant ni manifestation bruyante ni inertie. Mais la légère modification du comportement est cependant réellement un signe de détresse, comme le montrent les difficultés au moment du retour, difficultés identiques à celles présentées par les enfants des groupes précédents. Apparemment, l'enfant est indifférent : il ne crie pas, ne pleure pas, ne reste pas prostré. Mais une observation plus profonde montre sa réaction faite de soumission, de passivité ; c'est l'enfant trop sage à l'expression morne, à l'amabilité calme, indiscriminée, sans effusions ni refus. Il ne proteste jamais ni quand on le prend, ni quand on le quitte. Il subit le sort qu'on lui inflige, et le subit en vaincu.

En marge de cette étude, il faut signaler qu'exceptionnellement, un enfant peut s'adapter aisément à ce nouveau milieu : son comportement ne subit aucun changement malgré l'absence maternelle et le dépaysement. Il peut s'agir d'une indifférence affective, d'un défaut d'attachement de l'enfant, ce qui est anormal. Ce peut être aussi le cas d'un enfant mal materné qui ne souffre guère d'une séparation.

Les réactions de détresse, que nous venons de décrire, dépendent essentiellement du caractère de l'enfant et du maternage qu'il a reçu. L'évolution dans les jours qui suivent dépend par contre d'un grand nombre de facteurs : qualité du maternage antérieur, caractère de l'enfant et sa faculté d'adaptation, mais aussi milieu dans lequel il est plongé, qualité et stabilité des soins de substitution rendant possible ou non l'attachement à un adulte, rupture totale ou non avec la famille. Cette évolution sera donc variable avec chaque enfant ; néanmoins, leur détresse initiale rend toujours difficile l'établissement des relations avec les adultes et entraîne des troubles somatiques en liaison directe avec leur chagrin et leur angoisse, des troubles psychiques, et une régression psycho-motrice.

- Les troubles somatiques, anorexie ou au contraire boulimie, diarrhée, moindre résistance aux infections, sont très fréquents et agissent à leur tour sur l'évolution des autres symptômes.

- La régression psycho-motrice est constante. Même lorsque les pleurs ont à peu près cessé, parfois au bout de 5 à 6 jours seulement, l'enfant ne reprend pas son rythme normal : il ne sourit plus, ne jargonne plus ; s'il marchait aisément il ne peut plus le faire sans soutien ou se déplace à quatre pattes ; propre à son arrivée il ne l'est plus. D'une façon générale, toute son activité est très diminuée à tel point, que, souvent, les parents qui ont placé temporairement leur enfant et le reprennent, croient à des soins insuffisants ou même à de mauvais traitements.

- Les troubles psychiques sont directement liés à la difficulté qu'ont ces enfants, et certains plus que d'autres, à établir un contact avec les adultes. Des mouvements anormaux, témoins d'une atteinte psychique profonde, peuvent se voir. Le balancement rythmique et le plus fréquent, qui semble aider l'enfant à surmonter sa détresse, mais favorise son repliement sur lui-même. Parfois, apparaissent des gestes rituels, stéréotypés, inadéquats, "gestes protecteurs" devant une situation angoissante. Tous ces mauvais mécanismes de défense, montrant une atteinte psychique profonde, sont le témoin du refus que ces enfants opposent à leur situation traumatisante et douloureuse à l'excès, et à laquelle ils ne peuvent plus normalement faire face.

La régression de ces différents troubles sera fonction des liens qui peuvent survenir entre l'enfant et un adulte. Certains enfants reprennent au bout d'une à deux semaines, un comportement sub-normal. D'autres, au contraire, n'arrivant pas à établir ces liens, sombrent dans une inertie progressive et un autisme plus ou moins complet.

Mais quelle que soit cette évolution, quelles que soient la qualité des relations établies et l'adaptation, rien ne permet de préjuger des réactions de l'enfant au moment du retour. Deux attitudes peuvent être observées, très différentes suivant le degré de primarité ou de secondarité de l'enfant.

- La récupération rapide, spectaculaire, serait le fait de l'enfant à polarité primaire. Le retour au foyer et particulièrement auprès de sa mère, provoque chez lui une crise libératrice, de joie explosive, de jubilation. La guérison est spectaculaire : en une journée, parfois en quelques heures, il redevient gai, enjoué, expansif, amical, et, phénomène psycho-somatique ses couleurs reviennent. L'enfant dématerné qu'il était : malade, malheureux, retardé, n'existe bientôt plus. Tous les symptômes somatiques disparaissent : la courbe de poids remonte, l'appétit est bon, la motricité retrouve son rythme normal. En quelques jours, plus rien, apparemment, ne semble subsister de ce dématernage aigu. Et pourtant, nous y reviendrons, ce choc a laissé une marque définitive. La récupération est rapide, paraît totale, il n'empêche qu'un bouleversement profond s'est opéré et que des séquelles définitives sont à redouter.

- Dans les autres cas, la récupération est beaucoup plus lente. Cet enfant malade a une longue convalescence, émaillée de rechutes ; malheureux, il ne se laisse pas aisément consoler ; arriéré, il ne rattrape pas son retard avec facilité. En fait, le retour provoque là aussi une crise, non de joie comme précédemment, mais de nouvelle détresse. Tout se passe comme si le retour aux conditions antérieures lui faisait revivre dans sa pleine intensité le choc de la séparation, ravivait cette douleur qu'il avait commencé de rayer de sa mémoire, mais réagissant en même temps, refusait son ancienne situation, et plus

particulièrement ce qui lui avait le plus cruellement manqué : l'amour de sa mère. En effet, et ceci est caractéristique : ces enfants, au retour, ne reconnaissent pas leur mère. Certains refusent en bloc père, mère, frères et sœurs, mais font fête au chien, à un jouet, à la voisine. Cette non reconnaissance n'est pas passive, c'est un refus, une réaction complexe, accompagnée de pleurs et d'actes agressifs. C'est un refus de renouer des liens qui, il vient de l'apprendre, peuvent être rompus, peuvent brutalement le laisser seul, abandonné dans une profonde détresse : mieux vaut ne plus aimer pour ne plus risquer de souffrir. Cette attitude est sans doute motivée par bien d'autres facteurs tout aussi complexes : rancune, perte de confiance, idée de substitution peut-être, etc ... Le "choc du retour" passé, l'enfant progressivement va se retrouver, retrouver sa mère, son milieu ; mais il reste, pendant des mois parfois, très perturbé, et l'évolution des troubles va dépendre des réactions familiales qui doivent être empreintes de grande compréhension. Il se montre en effet, capricieux, exigeant, jaloux, pleurant à la moindre contrariété, tyrannisant sa mère qu'il ne veut pas quitter un seul instant. Ce n'est que dans un climat de patience et de douceur compréhensives des parents que l'enfant retrouve, apparemment là aussi, son état antérieur, et que tout semble rentré dans l'ordre.

Le cas de Bernard* illustre bien le dématernage aigu avec sa détresse intense, son évolution et les difficultés du retour.

« Pour illustrer ce que peut être une détresse, et son évolution, nous donnons ici l'observation de Bernard, 13 mois, séparé pour la première fois de sa famille. Le placement est motivé par l'entrée de la mère à la maternité et la durée du séjour sera de 12 jours.

Il s'agit d'un ménage d'ouvriers modestes, le père est manœuvre et la mère s'occupe du foyer. La famille comprend deux autres enfants : une fillette de 4 ans et un garçon de 14 ans. Les parents sont très unis et s'occupent de leurs enfants avec beaucoup d'affection et de soin.

---

* J. Aubry. Op. Cit. p. 100-104.

Bernard est un enfant gai, enjoué, de caractère calme et docile, aimant beaucoup ses parents et son grand frère, avec peut-être une certaine prédilection pour son père. Il commence à marcher sans appui, est propre et dit quelques mots. Les parents se sont décidés à confier l'enfant à l'Assistance Publique sans appréhension, sachant qu'il serait bien soigné et sous surveillance médicale.

Pourtant l'assistante sociale qui suivra la famille constatera par la suite que deux solutions au moins auraient pu être envisagées pour garder l'enfant à la maison : soit le confier à la grand'mère habitant à l'étage au-dessous soit faire venir une aide familiale (ce qui avait déjà été fait pour la naissance de Bernard).

Si les parents ont préféré le placement à toute autre solution, c'est qu'ils étaient loin d'imaginer les effets néfastes d'une séparation.

Admission à Saint-Vincent-de-Paul, Bernard arrive à Saint-Vincent-de-Paul, le 11 mars 1953, à 11 heures. C'est un très beau bébé de 13 mois, plein de vie et de santé, solide et éveillé pour son âge. Il arrive confiant et souriant dans les bras de son père, et tout son comportement montre qu'il se sent en parfaite sécurité. Le père est visiblement fier de son fils pour lequel il se montre très affectueux.

Bernard s'intéresse au collier bleu qu'on lui met autour du cou, se laisse prendre docilement par l'infirmière et placer dans la poussette qui va l'emmener au pavillon. Pendant le trajet, l'enfant s'étonne d'abord de ne plus voir son père, puis il s'intéresse à la poussette et, après être passé par le bureau de la surveillante, il est mené à son lit. Jusque là tout va relativement bien, Bernard est simplement dépaysé, dérouté, et ne paraît pas réaliser ce qui lui arrive.

Déclenchement de la détresse. C'est alors que l'infirmière commence à le déshabiller et aussitôt l'enfant s'inquiète, son visage devient angoissé. Puis les pleurs se déclenchent franchement lorsqu'on le baigne et dès lors ne cesseront plus.

L'infirmière le rhabille, l'attache dans son lit et le laisse, appelée ailleurs par son service. Seul, dans cette pièce étrange, avec un lit et des vêtements nouveaux, au milieu d'enfants inconnus, Bernard paraît réaliser que son univers familier a disparu et le vrai drame commence.

Assis, le regard perdu, s'agitant dans son lit, l'enfant pleure désespérément, le visage douloureux et la bouche crispée en une mimique suppliante. De temps à autre survient une pause de quelques secondes, pendant laquelle l'enfant, épuisé, reste absolument inerte, l'air égaré en suçant son pouce, puis il est submergé par une nouvelle vague de chagrin intense.

Bernard est absolument inconsolable et reste totalement indifférent aux avances de l'adulte qu'il regarde à peine. Lorsqu'on lui présente un jouet, il le prend machinalement, mais s'en désintéresse aussitôt et le pose sur le lit ou le laisse glisser à terre. Par deux fois, alors que l'observateur est assis près de lui, Bernard lui tend les bras en pleurant, l'attire vers lui, puis le repousse doucement, avec découragement.

Cet état de choses va se poursuivre pendant trois jours environ. Les accès de désespoir diminueront peu à peu en durée et en fréquence, tandis que les intervalles d'inertie totale augmenteront d'autant. Néanmoins, dès le deuxième jour, l'enfant a tendance à se calmer peu à peu en présence d'un adulte, et se met à pleurer dès qu'on le laisse seul.

Enfin, si dès le premier jour, Bernard fait preuve d'un très bon appétit, il mange en automate, sans s'intéresser à la nourriture ni à la personne qui la lui donne.

Transfert à Parent de Rosan. Le 13 mars, vers 14 heures, Bernard est transféré en ambulance à la Fondation Parent de Rosan.

Il sera placé dans un lazaret de 8 enfants, sous la surveillance d'une A.S.H., assistée le matin d'une stagiaire. Les enfants n'étant pas attachés, il pourra se déplacer librement dans on lit et il sera levé matin et soir. L'observateur qui, jusqu'alors était resté passif, va maintenant essayer d'entrer en contact avec lui et viendra quotidiennement s'occuper de lui.

Le transfert, qui s'accompagne forcément de plusieurs manipulations de l'enfant et de nombreuses allées et venues des infirmières, entraîne tout d'abord une accentuation des phénomènes de détresse : Bernard

s'agite dans son lit et pleure presque sans arrêt.

L'infirmière essaie de le consoler, mais voyant l'inutilité de ses efforts, elle rapproche son lit de celui du voisin, donne aux deux enfants des jouets et ne s'occupe plus d'eux, tout en restant dans la pièce. Très rapidement Bernard se calme et il n'aura plus que de rares accès de pleurs très vite réprimés.

Une demi-heure plus tard, il fera preuve, pour la première fois, d'une certaine activité ; debout dans son lit, il cherche à prendre les jouets dans le lit de son voisin.

C'est alors que l'observateur entre dans la pièce : à sa vue, Bernard se met à pleurer, lui tend les bras, l'attire, puis le repousse doucement, répétant ainsi le geste qu'il a fait deux fois déjà à Saint-Vincent-de-Paul.

L'observateur feint alors de s'intéresser à un autre enfant et Bernard se calme peu à peu. L'observateur se munit d'un ballon de couleur vive, s'approche doucement, se met à faire rouler le ballon au pied du lit. L'enfant reste d'abord figé, les yeux fixés sur le ballon, puis il avance la main, la retire, s'enhardit à toucher le ballon et finalement le fait rouler à son tour.

Un peu plus tard, l'observateur met l'enfant par terre. Bernard reste d'abord inerte, accroché au bord du lit, n'osant pas marcher. Puis, attiré par le ballon, il se décide à faire quelques pas raides, hésitants, en se cramponnant des deux mains au bord du lit ; on se rappelle qu'il marchait sans appui chez lui.

Le lendemain, 14 mars (4ème jour de la séparation), Bernard ne pleure plus, bien qu'il garde un visage figé, inexpressif. Il fait preuve d'une certaine activité, se déplace sur son derrière, joue de façon machinale et commence à s'intéresser à l'observateur ; il ne marche pas spontanément, mais accepte de faire quelques pas en se tenant.

Ce même jour, l'enfant est mis sur le pot, pour la première fois depuis la séparation. Cette scène, qui lui paraît familière, a sur lui un effet stimulant : il devient beaucoup plus animé, jargonne, sourit pour la première fois et dit "Papa".

Visite du père. Le 15 mars, dans l'après-midi, le père vient rendre visite à son fils. Tout d'abord Bernard ne paraît pas le reconnaître et reste triste et inerte, puis, peu à peu il s'anime et répond avec réserve aux avances de son père. Celui-ci est fortement alarmé par le comportement de son fils. Il le trouve changé, triste, beaucoup moins vivant qu'auparavant. L'impression du père est telle qu'il propose d'emmener son fils immédiatement, quitte à manquer son travail pour s'en occuper lui-même. Mais Bernard ayant un peu de fièvre depuis le matin, il consent finalement à le laisser.

Evolution de la détresse. Les jours suivants l'adaptation se poursuit malgré des épisodes fébriles et une otite. L'enfant joue mieux, recommence à marcher spontanément, d'abord avec appui, puis sans soutien. Un contact s'établit avec l'adulte, en particulier avec l'observateur que l'enfant accueille avec joie et avec lequel les échanges sont de plus en plus riches. Le 21 mars (11ème jour de la séparation), l'enfant est vivant, enjoué, malicieux même, il marche aisément sans appui, le contact avec l'adulte est excellent. Bref, l'enfant paraît bien adapté. Il part le lendemain.

Retour au foyer. Le retour au foyer familial sera dramatique. Quand le père vient chercher son fils, celui-ci le repousse violemment, pleurant et se débattant dans ses bras. L'enfant continue à pleurer tout le long du trajet de retour et, une fois chez lui, il pleure et s'agite toute la nuit au point que le père ne peut fermer l'oeil. Le lendemain, il repousse sa grand'mère et son grand frère, puis les accepte assez vite. Par contre, il manifeste sa joie en retrouvant le chien de la voisine et l'après-midi reconnait avec plaisir l'observateur venu en visite.

Le jour suivant, Bernard va voir sa mère à la maternité, il la repousse violemment, hurle, refuse d'aller dans ses bras et le lendemain, pleure lorsqu'il la voit rentrer à la maison.

Au bout de 24 heures, l'enfant reprend contact avec sa mère en demandant à aller sur le pot. Les jours suivants son comportement s'améliore progressivement.

Le 4 avril, 14 jours après le retour au foyer lorsque l'observateur visite la famille, Bernard le reconnaît, vient vers lui avec plaisir et par trois fois l'appelle Maman. Mais il est encore loin d'être adapté. Il est

même moins bien qu'à la fin de son séjour à l'Institution, les gestes sont nerveux, la marche hésitante, l'expression du visage au repos est encore tragique, l'enfant pleurniche facilement et ne supporte aucune contrariété. Les parents bouleversés par l'hostilité de l'enfant sont très patients, ils le comblent d'attentions et de prévenances et le considèrent à juste titre comme un convalescent.

Deux mois plus tard, tout est rentré dans l'ordre et il ne paraît pas persister de séquelles mais ce long délai a été nécessaire malgré l'ambiance familiale favorable, pour faire disparaître les troubles liés à la séparation. »

Lorsque les parents réagissent avec amour et compréhension, le retour à la normale s'effectue donc, plus ou moins vite suivant les cas, et apparemment, l'enfant est inchangé. En fait, des séquelles demeurent, et d'abord une sensibilisation très importante à l'absence, au changement. L'enfant a acquis une forme d'insécurité : l'absence même courte de sa mère, un léger changement dans ses habitudes, l'arrivée d'un inconnu, un déplacement, peuvent être à l'origine de crises d'angoisse ou de manifestations bruyantes de détresse. Parfois, un enfant qui n'avait fait, lors d'une première séparation, qu'une réaction très atténuée, ou pas de réaction, en fait une intense, lors d'un second changement. Cette insécurité latente peut persister toute la vie et modifier le caractère de l'enfant en développant chez lui une certaine forme d'inquiétude, de jalousie, de désir d'exclusivité, de méfiance, de captation dominante. De plus ce choc a traumatisé l'enfant, et comme tel, a laissé une marque définitive dont on ignore quelles peuvent être les conséquences lointaines, mais, comme après tout traumatisme important, la trace en demeure dans l'inconscient, influant sur tout le psychisme.

Il est certain que les conséquences sont d'autant plus profondes et durables que l'enfant est plus jeune et que le maternage est meilleur. C'est entre 10 mois-1an, jusqu'à 3 ans environ que les effets immédiats et lointains du dématernage aigu sont les plus importants. C'est en effet la période où l'enfant bien materné a, d'une part, établi avec sa mère des liens puissants et exclusifs, et où, d'autre part, il est encore entièrement dépendant d'elle, cette dépendance nécessitant sa présence physique et morale.

Dans les premiers mois, l'enfant n'est pas encore fixé exclusivement à sa mère, c'est à dire qu'il faut encore reporter son affection et en capter une autre. Après 3 ans l'enfant est moins dépendant de sa mère, il s'est ouvert à travers elle et par elle au monde extérieur ; et surtout, s'il a été bien maternè, il a acquis une sécurité et une certaine maturité affective qui le rendent apte à accepter une séparation. Enfin, les notions de temps, de retour, d'espoir commencent à être acquises ; la séparation peut être, certes, très douloureuse mais elle sera comprise, sinon toujours bien acceptée, et par là non détériorante. Ceci, bien entendu, si l'on a pas trompé cet enfant, si sa mère lui a dit la vérité ; sinon sa confiance est trahie, et les conséquences peuvent être graves comme dans tous les cas où il est trompé par ceux qu'il aime.

DEMATERNAGE CHRONIQUE. -

Lorsque l'absence de la mère se prolonge, l'enfant subit un dématernage chronique : à la phase aiguë de séparation succède une phase d'évolution lente. Celle-ci, en milieu collectif, est caractérisée par une altération, une détérioration psycho-somatique grave, plus ou moins irréversible, et qui, s'expliquant par la carence de soins maternels, rejoint, dans ses effets, l'immaternage. En milieu familial, on ne peut parler de carence de soins maternels, et pourtant il y a dématernage chronique : c'est, progressivement, l'oubli de sa mère et l'adaptation à sa nouvelle famille, ce double processus s'accompagnant là aussi de troubles psycho-somatiques importants. Cette question du dématernage chronique, que l'on peut définir plus généralement, comme la rupture des liens préexistants avec sa mère, est dominé plus que toute autre par la nécessité absolue de sa prévention quelles qu'en soient les difficultés, car le seul traitement possible, le rematernage, est très souvent voué à un échec plus ou moins complet.

Le dématernage chronique en collectivité est le plus détériorant : c'est, dans ce cas, que l'enfant est le plus, un enfant malheureux, malade, arriéré.

- Les troubles affectifs, caractériels, sont très marqués. C'est un mélange ou une alternance d'agressivité et d'inhibition, les deux

symptômes se retrouvant chez le même enfant, l'un dominant l'autre de façon plus ou moins nette.

L'agressivité, intense, est dirigée aussi bien contre lui-même, que contre les choses et contre les autres. C'est un enfant révolté, opposant, au refus systématique, parfois d'une jalousie extrême envers l'adulte qui s'en occupe, jalousie qui le rend dangereux pour les autres enfants. A diverses occasions, sa colère et sa rage se tournent contre les objets : crises destructrices où se manifeste explosivement son désir de tout briser, et, signe constant mais moins spectaculaire d'agressivité, les jouets sont littéralement dévorés. Cette même agressivité il la retourne enfin contre lui-même : il se cogne la tête contre les murs, par terre, contre son lit, se mord, s'arrache les cheveux.

L'inhibition se manifeste par une indifférence apparente à tout, une inertie presque totale : l'enfant peut rester pendant des heures allongé ou assis, les yeux perdus dans le vide.

Les troubles psychiques sont graves, le comportement de l'enfant est alarmant, franchement anormal, identique à celui de l'immaterné puisque relevant de la même cause, la carence de soins maternels : balancement, gestes rituels "protecteurs", jeux stéréotypés etc ... A l'extrême, si la carence se poursuit longtemps et chez certains enfants prédisposés, l'évolution se fait vers la psychose avec atrophie psychique et désintégration de la personnalité.

- Les troubles somatiques varient avec chaque enfant mais existent toujours. Les plus fréquemment observés sont : les troubles de l'appétit et du sommeil, la diarrhée, signe de détresse fréquent chez les nourrissons, et qui peut durer pendant des semaines rebelle à tout traitement, des dermatoses de tout genre, la réceptivité beaucoup plus grande aux infections.

- L'arrêt du développement psycho-moteur, et souvent même sa régression, sont impressionnants. C'est un enfant petit, malingre, à l'aspect "souffreteux", au teint pâle, aux gestes maladroits et rares. La motricité dans son ensemble est ralentie, les activités sont peu nombreuses, la marche est très souvent perturbée, la plupart du temps en régression. Le langage, s'il existait à son arrivée, s'est stoppé et ne fait plus aucun progrès ; s'il n'était pas encore apparu, débute très tard et reste rudimentaire. L'énurésie est très fréquente et des anomalies fonctionnelles peuvent se voir comme un

strabisme plus ou moins transitoire, témoignant encore des mauvais mécanismes de défense mis en jeu par l'enfant.

Au total, ces enfants apparaissent comme des arriérés exposés à des troubles caractériels, et l'arriération peut être considérable. Mais il faut souligner que c'est une arriération fonctionnelle, non organique, liée à la séparation de la mère et à la carence de "soins maternels" en milieu institutionnel.

Le problème de la réadaptation de ces enfants est extrêmement difficile. L'exemple de Gisèle*, que nous allons donner, montre que la psychothérapie est d'abord nécessaire, puis, lorsque les gros troubles psychiques et psycho-moteurs ont disparu, seule la réinsertion familiale - réussie - peut apporter une solution à peu près satisfaisante pour l'enfant, mais non sans séquelles psychiques définitives.

« L'observation suivante illustre cette description : Gisèle, prématurée de 7 mois pèse 1,900 kg à sa naissance le 11 août 1950 et elle est placée immédiatement chez une bonne nourrice qui la garde jusqu'à l'âge de 2 ans 11 mois. En juillet 1953, la nourrice que la mère ne paie plus dépose l'enfant à Saint-Vincent-de-Paul et après deux transferts Gisèle arrive à Parent de Rosan à l'âge de 3 ans. D'après les renseignements fournis par la nourrice qui exprime le désir de la reprendre, Gisèle était une enfant attachante, gaie et normale, "elle chantait et dansait mais était un peu paresseuse pour manger".

La situation familiale est des plus précaires. La mère est entraîneuse dans un bar, elle est syphilitique, vit de prostitution et ne peut s'occuper de son enfant. Elevée elle-même dans un orphelinat, elle en sort à 17 ans, apprend que ses parents se sont suicidés et se trouve seule dans la rue. Elle a d'abord une liaison stable avec le père de Gisèle qui l'abandonne lors de la naissance d'une deuxième fille (1951). Lorsqu'elle ne peut plus payer la nourrice elle se résoud à faire adopter la deuxième au début de 1954 mais souffre d'avoir consenti à cet abandon ; elle veut à tout prix conserver Gisèle et

---

* J. Aubry. Op. Cit. p. 107-109.

s'efforce de contribuer à son entretien. Honteuse de son métier, angoissée par sa situation elle boit, se drogue et ne vient pas voir sa fille (une visite en un an).

L'état de Gisèle à son arrivée à Parent de Rosan est médiocre. C'est une petite fille brune, aux traits réguliers de type longiligne, elle est maigre, hypotrophique, ses dents sont cariées et elle présente quelques stigmates discrets de rachitisme ; par contre l'examen viscéral et les réactions sanguines ne révèlent pas trace de syphilis. Gisèle sourit quand on s'approche d'elle, mais ce sourire figé lui donne un aspect vieillot et l'expression des yeux ne varie jamais ; les gestes sont saccadés et mal coordonnés ; elle joue seule, habille et déshabille indéfiniment une poupée qu'elle couche dans un berceau et ce jeu prend un caractère stéréotypé et rituel ; elle est effrayée par l'approche des autres enfants qui d'ailleurs l'attaquent souvent ; elle se réfugie alors auprès de l'adulte qui se trouve dans la salle mais ne se console que lorsqu'elle peut à nouveau jouer seule dans son coin. Gisèle ne parle presque pas et pousse des grognements qu'elle accompagne d'un geste démonstratif mais si on ne comprend pas ce qu'elle veut elle reste immobile longtemps dans la même attitude et avec le même sourire figé sur le visage. Elle accepte qu'un adulte s'occupe d'elle mais le fait participer à son jeu rituel sans le modifier. Enfin elle présente une anorexie presque totale.

D'après le test de Gesell, le développement psycho-moteur de Gisèle est proche de la normale sauf pour le langage qui est très déficient. Le quotient de développement est de 86.

Evolution : Gisèle bénéficie d'une psychothérapie à partir du 16 septembre 1953 à raison de trois séances par semaine. Elle établit assez vite des relations avec la thérapeute et s'anime en sa présence tandis que se réactive à chaque départ l'angoisse de la séparation. Elle renonce alors à cet attachement décevant et cherche à satisfaire ses besoins affectifs dans la maison. Elle s'attache à la jardinière d'enfants, se montre jalouse et agressive envers les autres enfants du groupe mais progresse dans la vie courante et se remet à parler. Au contraire en séance pour marquer sa déception elle revient à des jeux rituels silencieux et stéréotypés.

Progressivement elle élargit ses relations, son visage animé est maintenant attrayant, elle intéresse et séduit la plupart des infirmières dont elle est la préférée et s'attache aussi à deux enfants de son groupe. Seule l'anorexie persiste.

A l'issue d'une séance où la thérapeute lui interprète la relation entre son anorexie et le traumatisme de la séparation, Gisèle va d'elle-même à l'heure du repas réclamer la nourriture et depuis mange normalement.

Après six mois de traitement Gisèle, dont le quotient de développement est monté à 98, a toutes chances de s'adapter à un bon placement familial.

Compréhension du cas de Gisèle : Gisèle placée chez une bonne nourrice s'est développée normalement jusqu'à 3 ans puis séparée de sa mère nourricière et placée dans un milieu collectif après deux transferts, elle réagit à l'absence de soins maternels et à la crainte que lui inspire ce milieu nouveau et peu satisfaisant en se montrant inhibée et en cherchant à s'isoler. Son développement cependant n'est pas atteint et le fondement de sa personnalité reste intact : elle est maigre mais sa taille et sa motricité sont normales ; ses performances au test de Gesell sont un peu inférieures à la moyenne surtout parce qu'elle a trop peur pour parler, la compréhension et l'adaptivité restent normales ; elle redoute le contact des autres enfants à juste titre semble-t-il car elle n'est pas capable de se défendre contre leur agressivité ; elle se méfie des adultes qui depuis sa séparation d'avec sa nourrice ne lui ont apporté que des déceptions, mais elle reste présente, consciente du monde extérieur, prête à s'attacher à l'adulte qui lui donnera quelque sécurité ; aucun des mécanismes de défense qu'elle met en oeuvre lorsqu'elle a peur ne prend un caractère obsessionnel. En un mot sa structure psychique est intacte et on peut espérer une guérison complète de ses troubles à condition de lui assurer un placement permanent et qu'aucun nouveau changement ne vienne réactiver l'angoisse du premier traumatisme.

Le dématernage chronique revêt une forme moins dramatique, lorsque l'enfant séparé de sa mère est replacé directement dans un cadre familial durable. L'enfant, en effet, est beaucoup plus apte à établir un bon contact, puis des liens affectifs serrés avec ce nouveau substitut ; et ce fait

empêchera en particulier l'arriération psycho-motrice et les troubles psychiques importants. Mais, dans un premier temps, tous les troubles liés au dématernage pourront être observés, notamment ces réactions caractérielles d'indifférence et d'agressivité auxquelles les nouveaux parents ne devront pas faire écho. C'est, par exemple, l'enfant qui, à 2 ans, est repris par ses "vrais parents" alors qu'il était materné par une bonne nourrice. Cet enfant devient bientôt taciturne, capricieux, sournois, parfois violent, buté, inintelligent, inaffectueux et sale, et l'ébauche d'affection maternelle, pour peu qu'elle ne tienne pas compte de la détresse profonde que cachent ces manifestations, risque de se transformer rapidement en agressivité, qui ne fait qu'accroître celle de l'enfant et le détériorer définitivement. Il faut une très grande compréhension de la part des "nouveaux parents", beaucoup d'amour et de patience, pour vaincre la défense de cet enfant malheureux, et s'efforcer de s'en faire aimer.

Le dématernage chronique, quelle que soit sa forme, aboutit donc à l'oubli de la mère, à la rupture totale de ces liens mère-enfant, à leur destruction irréversible. C'est cette irréversibilité qui le rend si différent du dématernage aigu, et beaucoup plus dramatique. Si pour celui-ci il y avait un problème du retour, souvent difficile certes, mais retour à un état antérieur très voisin, lorsque la séparation a dépassé un certain temps, que le dématernage est chronique, il n'est plus question de retour. Même si l'enfant retrouve ses parents, cela ne lui sert plus de rien ; pour Madame Aubry, une séparation de plus de 6 mois est définitive : sa mère, cette femme qui l'avait materné, qu'il a aimée, est morte pour lui. Si des liens se recréent avec elle, ils seront différents et jamais rattachés à son ancien amour ; et pour que ces nouveaux liens puissent se former, il faudra que la mère surmonte les mêmes difficultés qu'une inconnue, inconnue qu'elle est du reste devenue pour lui.

Finalement, que l'enfant dématerné ait été "transplanté" directement, ou après passage en institution, sa récupération va dépendre de la qualité des liens qu'il est susceptible de recréer, de l'existence possible d'un rematernage. Ce rematernage, qui exige de la nouvelle mère, une attention, une compréhension, un dévouement exceptionnels, peut parfois aboutir à un véritable amour mère-enfant. Mais, outre les qualités de la mère, sa réussite dépend de beaucoup d'autres facteurs : qualité du premier maternage, caractère et âge de

l'enfant, profondeur de sa détérioration, facultés de récupération. Parfois le renaternage est franchement impossible : l'enfant grandit sans amour, dans la révolte ouverte ou rentrée, manifestement non intégré dans cette famille qui l'a pris mais qu'il n'a pas accepté. Bien souvent, le renaternage a une apparence de réussite : l'enfant s'adapte, vit à peu près normalement au sein de sa nouvelle famille. Pourtant, l'importance des séquelles, le pourcentage très grand d'enfants difficiles, au comportement anormal, parmi ces dénaternés, montre que les liens recréés n'ont rien de comparable avec ceux du naternage. En fait, l'enfant n'aime plus, ne veut plus aimer, semble-t-il. De son premier essai que l'on a brisé, il lui reste le seul désir de capter l'affection des autres, mais non de donner la sienne. Cet échec de renaternage, souvent camouflé sous l'apparence fausse d'un attachement filial normal, contient en lui-même une des séquelles les plus graves du dénaternage chronique : la perte définitive du pouvoir d'aimer, avec ce que l'amour comporte de don, d'absence de captation, de joie de vivre. Dans toutes leurs relations, ils ne font que prendre, toujours insatisfaits, toujours à la recherche de cet amour non décevant qu'ils ne peuvent plus connaître, incapables d'un attachement durable, d'une vie stable. Ils vivent malheureux, et rendent malheureux ceux qui les entourent. Cette inaptitude qui rejoint celle de l'innaterné, entraîne les mêmes troubles caractériels à fond d'agressivité et d'indifférence. Ce sont ces enfants "difficiles" : destructeurs, coléreux, opposants, fugueurs, et qu'une étude psychologique plus approfondie retrouve affectivement "indifférents". Et cette conséquence, dans le domaine de la caractérologie, mal connue encore, est d'une très grande importance. En effet, c'est parmi les "indifférents" que l'on retrouve une grande partie des asociaux : prostituées, clochards, "coureurs", délinquants. Or il est certain que l'innaternage et plus encore le dénaternage chronique créent des "indifférents". Une étude du Docteur Bowlby* portant sur "quarante-quatre voleurs juvéniles, leurs caractères et leur vie familiale", a montré l'importance du facteur dénaternage et ses corrélations avec le caractère indifférent.

---

* J. Bowlby - The International Journal of Psycho-analysis - vol. XXV, 1944
éditeur Baillière Tindall et Cox , Londres 1946.
Compte-rendu in Sauvegarde de l'Enfance - Mai-Août 1955.

Les sujets étudiés sont quarante-quatre cas consécutifs d'enfants amenés en consultation et pour lesquels le vol constituait un des griefs. Leur intelligence est au-dessus de la moyenne, l'âge compris entre 5 et 17 ans. Ils sont comparés à un groupe de contrôle : quarante-quatre enfants vus successivement à cette même clinique, âge et intelligence équivalents, non voleurs. Les sujets sont classés en six groupes de caractères dont le plus important est constitué par les "indifférents" au nombre de quatorze, alors que dans le groupe de contrôle on n'en retrouve aucun. D'autre part, 40 % de ces délinquants ont subi un dématernage chronique : "l'enfant est séparé de sa mère ou du substitut maternel pour de longues périodes ou de façon permanente, au cours de ses cinq premières années " ; et parmi ces déma-ternés on compte douze des 14 enfants "indifférents". Dans le groupe de contrôle on ne trouve que 5 % de dématernés.

FORMES DIVERSES ET LEURS CAUSES. -

Dans les cas que nous venons d'étudier, le dématernage revêt une forme évidente, où toutes les conditions sont remplies pour frapper l'enfant au maximum : séparation totale d'avec sa mère, changement de toît, rupture complète avec sa vie, sa famille, son cadre. Cette forme relève de plusieurs origines, plus ou moins fréquentes, et qu'il importe de bien connaître.

- Une des situations les plus couramment rencontrées est celle où la mère malade ou devant accoucher, se fait hospitaliser et confie son enfant soit à une institution soit à des étrangers. Nous avons vu par exemple ce qu'il était advenu de Bernard placé en milieu institutionnel. Le placement en-dehors du foyer maternel, même chez des gens connus, provoque un dématernage aigu, plus ou moins profond. Dans ce cas, la brutalité du changement joue d'ailleurs un grand rôle dans le choc de la séparation : Roseline, 2 ans, est transportée de nuit chez sa tante où elle doit rester pendant la durée du séjour de sa mère à la maternité. L'arrivée est désastreuse, et la détresse, intense, aggravée par l'angoisse de ce trajet nocturne. L'enfant pleure et crie, appelant sa mère et refusant de se laisser consoler par sa tante qu'elle connaît pourtant. Durant la période de séparation, Roseline s'adapte peu à peu, mais un strabisme apparaît et persiste toujours 2 ans après, montrant l'importance du traumatisme et la durée des séquelles.

- Cette forme évidente revêt un caractère beaucoup plus grave lorsqu'il s'agit de dématernage chronique. Il faut encore souligner ce qu'il y a de cruel, d'inhumain, à arracher un enfant de celle qui l'a maternè, qu'il aime, à laquelle il devrait avoir droit envers et contre tout, qu'il s'agisse de sa "pseudo-mère", de sa nourrice, ou de sa mère, adoptive ou non. Une erreur à la naissance, deux enfants échangés, maternés par leur pseudo-mère, puis arrachés à celle-ci, pour être rendus à leur "vraie mère" qui ne leur est rien ; un enfant confié à une bonne nourrice depuis sa naissance, maternè par elle, puis brutalement repris vers l'âge de 2 ou 3 ans par des parents inconscients, parfois jaloux de l'attachement exclusif à la nourrice, et pour cette raison, rompant définitivement avec elle ; un enfant de l'assistance, qui a la chance d'être placé chez une bonne nourrice, puis qui en est cruellement séparé pour un placement en vue d'adoption dans une autre famille ; dans tous les cas, quelles que soient les raisons, d'apparence bonne ou mauvaise, la souffrance causée par cette séparation, souffrance dont on a vu les manifestations et les conséquences parfois désastreuses, rendent injustifiables et indignes de telles décisions prises par les parents ou les juges.

- Une forme particulièrement actuelle, et qui a des conséquences parfois atroces, est le retour au foyer maternel d'un enfant qui lui fut enlevé, souvent dès la naissance, pour le "protéger" d'une trop grande misère. On n'insistera jamais assez sur le danger que représente cette forme transitoire, et par là néfaste, de sauvegarde de l'enfant, qui va finalement à l'encontre de son but. En effet, lorsqu'au bout de 2 ou 3 ans, l'enfant, placé dans un centre à "caractère familial", est rendu à ses parents, il fait une crise de détresse due au dématernage, et les raisons qui avaient fait enlever l'enfant à ses parents, font que ceux-ci ne sont pas à même, il s'en faut souvent de beaucoup, de comprendre et de bien réagir aux troubles de l'enfant. Au minimum, l'enfant, mal accueilli, en butte à la sourde agressivité de sa "mère" qu'il n'aime pas et qui ne l'aime pas, consolidera définitivement les séquelles caractérielles du dématernè. Au maximum, c'est l'enfant martyr, dont malheureusement la presse nous cite des cas presque quotidiennement, mais dont on ne cherche pas toujours assez à retrouver toutes les causes.

C'est le cas de Françoise, 9ème enfant d'une famille pauvre, mal logée dans 2 pièces, mais dont la mère élève le mieux possible, et avec amour ses 8 enfants ; ils ont tous l'indispensable, que ce soit nourriture, vêtements ou tendresse. Françoise naît fragile, malade, reste 3 mois à l'hôpital, puis est envoyée dans un très bon centre pour "consolider" sa santé, en-dehors de ce foyer trop petit, trop "misérable". L'enfant, bien materné par une des soignantes du centre, est, à 3 ans, une petite fille saine, propre, enjouée, facile. Elle a revu régulièrement ses parents dont elle accueille les visites avec joie, visites agréables d'étrangers gentils que l'on appelle son père et sa mère. Brusquement, l'enfant est reprise par ceux-ci, séparée de celle qu'elle aimait, de son milieu, de son cadre ; et c'est la détresse. Françoise devient triste, agressive, opposante, sale. Elle salit partout, de jour et de nuit, "exprès" dira sa mère ; et bientôt c'est l'effrayante réaction des parents devant cette petite intruse révoltée : ce sont les punitions, les coups, les sévices, la mort. On a jugé la mère, bien sûr, mais il faut aller plus loin, plus "juste" peut-être, et savoir quelle responsabilité on prend, lorsqu'on décide du sort d'un enfant en le vouant à plus ou moins longue échéance à un dématernage.

Il existe également des formes graves, mais moins évidentes de dématernage, qui relèvent essentiellement d'une cause : l'hospitalisation. L'aspect en est plus camouflé, car les symptômes dûs à la séparation d'avec la mère sont mêlés à ceux de la maladie. Les conséquences sont importantes, car l'absence de sa mère est une épreuve supplémentaire pour l'enfant, la durée de sa maladie en est souvent allongée, aggravant encore la séparation. C'est ainsi que dans certains services, on voit traîner quelques enfants, sages, trop sages même, qui, à peine guéris ou sur le point de l'être sont de nouveau malades, retardant ainsi leur sortie, et évoluant sans rémission vers un dématernage chronique, atténué ou non, suivant la constance des visites des parents et leur qualité de tendresse.

En effet, à côté de ces formes graves, existent des formes atténuées, parce que la rupture n'est pas complète, entre l'enfant d'une part, sa mère, sa famille ou son foyer d'autre part. Le départ d'une nurse sera moins

douloureux à l'enfant, car le dépaysement ne s'ajoute pas à la séparation ; certes, il ressent sa disparition, mais il espère le retour de cette femme aimée, et se laisse consoler par ceux qui restent, ses parents en particulier. Le départ d'une grand'mère ou de tout autre substitut maternel, est également moins lourd de conséquences quand l'enfant reste dans son cadre habituel.

Enfin, la naissance d'un puîné, la séparation intermittente d'avec la mère obligée de travailler au-dehors, peuvent entraîner quelques troubles chez l'enfant liés au chagrin causé par le moindre usage de la mère, sorte de dématernage relatif, atténué, subi par l'enfant.

En fait ce qui caractérise le dématernage atténué par rapport au dématernage grave, évident, qu'il soit aigu ou chronique, c'est l'absence de choc initial, traumatisant par lui-même, l'absence de rupture totale qui fait que l'enfant conserve l'espérance, qu'il continue de vivre normalement, plus triste peut-être, mais non bouleversé, modifié dans sa structure même.

PREVENTION DU DEMATERNAGE. -

Cette différence essentielle est à la base d'une forme de prévention du dématernage grave : éviter que toutes les conditions de celui-ci ne soient remplies, et faire en sorte que ne se réalise au plus qu'une forme atténuée.

Lorsqu'une séparation d'avec la mère est indispensable, il faut donc, dans la mesure du possible, adopter la solution familiale, à domicile. Pour le départ de la mère, en particulier à la naissance d'un puîné, l'enfant doit rester chez lui, avec les retours de son père, sa famille, ses jouets, ses habitudes. Et cette solution est d'autant plus facile dans la plupart des cas, que plus économique (le prix de journée au dépôt est élevé), et qu'il y a presque toujours une grand'mère ou une voisine, qui accepte de remplacer la mère pendant une dizaine de jours.

Lorsqu'un enfant est malade, ou fragile et vivant dans des conditions difficiles, il ne convient de le retirer de sa famille que si l'on ne peut faire autrement, surtout s'il s'agit d'une longue séparation et d'un enfant très jeune (au-dessous de 3-4 ans). Si l'hospitalisation est nécessaire, la mère devrait pouvoir ne pas le quitter et être hospitalisée avec lui. Dans

l'état actuel des choses, cette condition étant rarement réalisable, il faut réduire les éléments du choc : la mère accompagne l'enfant dans le service, parle et fait des démonstrations d'amitié avec le personnel, garde une attitude calme, habituelle, lui laisse ses jouets favoris, lui rend des visites quotidiennes, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Lorsque la séparation n'est plus commandée par des évènements extérieurs, mais par des hommes, juges, ou parents qui se réclament du droit de décider du sort des enfants comme on dispose d'un cheptel, pour les arracher au substitut maternel qu'ils aiment, le dématernage grave devient criminel. Les enfants n'appartiennent pas aux parents. Ils ont des droits, certains déjà reconnus par la loi, comme le droit à ne pas être maltraités physiquement ; d'autres qui devraient l'être comme le droit à ne pas être séparés de celle qu'ils aiment. Les liens du sang ne sont rien à côté des liens du maternage ; et lorsqu'ils sont distincts ou même opposés, seuls les liens du maternage comptent "pour l'intérêt de l'enfant", pour son équilibre, son bonheur, son avenir. Aucun changement brutal ne doit survenir, aucune rupture définitive être prononcée.

- Lorsqu'il s'agit d'une nourrice à domicile, l'éloignement doit être progressif, et l'enfant a le droit de continuer à la voir.

- Lorsque l'enfant a été placé chez une nourrice, il doit y rester au moins jusqu'à 3 ans, et avant le changement définitif de domicile, revoir ses parents et revenir chez eux de plus en plus souvent, pour que, là aussi, la séparation soit longuement préparée, non déchirante pour l'enfant qui aura le droit de retourner de temps à autre chez cette mère-nourrice.

- Lorsque la situation de l'enfant ne l'a pas préparé à un changement, que ses "vrais parents" sont des inconnus, des étrangers surgis brutalement dans sa vie pour la troubler, comme c'est le cas des enfants maternés par leur "pseudo-mère" ou, nous le verrons ultérieurement, par leur mère adoptive, le choc risque d'être encore plus grand, et plus grave le dématernage. Le droit de l'enfant à rester près de sa "pseudo-mère" doit donc être établi, avec au besoin un "droit de visite" accordé aux "vrais" parents, en sachant toutefois ce que ce genre de situation peut amener de trouble, d'anxiété voire

d'angoisse, chez un enfant. Du seul point de vue de l'enfant, s'il est bien maternè, heureux, dans une famille, il doit y rester en paix.

-:-:-:-

Au terme de cette première partie, nous pouvons conclure que le maternage est indispensable à tout enfant, que c'est pour lui un besoin aussi vital que l'oxygène qu'il respire, qu'en être privé dès sa naissance, ou brutalement frustré un peu plus tard, est pour lui une souffrance intense et destructrice. C'est au nom de cette détresse et de ses conséquences qu'il faut proclamer et défendre le droit inaliénable de l'enfant sur la femme qui le materne.

IV - ADOPTION -

L'adoption a été, à ses origines et pendant longtemps, un acte juridique, servant les desseins religieux, sociaux ou purement matériels des adoptants. Ce n'est qu'au début de ce siècle et plus particulièrement ces dernières années, qu'elle est devenue, dans l'opinion publique puis dans les textes de loi, un moyen d'assurer le bonheur de l'enfant abandonné ou délaissé. Cette fin est définie par le préambule de la loi régissant l'adoption : "l'adoption ne peut avoir lieu que s'il y a de justes motifs, et que si elle présente des avantages pour l'adopté" ; les "justes motifs" étant de rendre l'enfant heureux, et les "avantages pour l'adopté" : " la possibilité de satisfaire un besoin immense et vraiement vital, celui d'aimer et d'être aimé"(*). Nous verrons donc très rapidement quelles sont les dispositions légales actuelles qui concernent l'adoption, qui lui servent de cadre. Nous nous proposons ensuite, d'examiner les conditions psychologiques et affectives - conditions liées aux problèmes du maternage - qui déterminent les résultats de l'adoption : réussite ou échec. Au cours de cette étude nous préciserons les faiblesses de la législation actuelle, et, dans leur principe, les réformes fondamentales qui nous paraissent nécessaires pour sauvegarder le droit de l'enfant.

(*) P. JOANNON. Adoption et Hygiène Mentale. La semaine des Hôpitaux (Médecine dans le Monde) n° 2 - Juillet 1958 -

Dispositions légales

Nous allons résumer les dispositions légales actuellement en vigueur, en précisant tout de suite que les projets de réforme sont en cours. Il faut distinguer : l'adoption simple, existant depuis longtemps, rénovée par la suite, et la légitimation adoptive créée par décret-loi du 29 Juillet 1939. L'ordonnance du 23 Décembre 1958 a remanié les articles 343 à 370 du Code Civil relatifs à ces deux problèmes.

L'adoption simple est un contrat, signé devant le juge de paix ou un notaire, homologué par le Tribunal de grande instance siègeant au chef-lieu du département, après une péricde d'essai dont la durée n'est pas déterminée ; cette sorte de stage probatoire de l'enfant chez ses éventuels adoptants, permet au juge de vérifier la régularité légale et le respect de l'intérêt de l'enfant. Le jugement d'homologation est transcrit sur les registres d'état civil.

L'adoption est définitive, mais s'il existe des raisons valables, elle peut être révoquée à la demande de l'adopté de plus de 16 ans , ou de l'adoptant. Pour mettre fin à des revendicatcns douloureuses ou scandaleuses l'article 366 remanié en 1958 précise que "l'adoption conserve tous ses effets nonobstant l'établissement ultérieur d'un nouveau lien de filiation".

Par ce jugement, l'adoptant exerce les droits de puissance paternelle sur l'adopté qui prend son nom s'il a moins de 16 ans, l'ajoute au sien s'il en a plus.

En principe l'adopté conserve ses droits et ses devoirs envers sa famille d'origine, sauf si les liens sont

rompus par décision du Tribunal, ce qui est maintenant le cas général. Il n'y a pas de liens entre l'adopté et la famille de l'adoptant.

Les conditions légales requises pour l'adoption sont :

- le consentement des parents ou le cas échéant du conseil de famille. L'article 352 prévoit cependant le refus abusif de consentement,

- le consentement de l'adopté s'il a plus de 16 ans.

- pour les adoptants :

- l'adoptant isolé doit ne pas avoir d'enfant et être âgé de 40 ans au moins.

Les époux adoptant conjointement doivent :

- ne pas avoir d'enfant vivant lors de la demande d'adoption,

- avoir 8 ans de mariage sans enfant,

- l'un d'eux, avoir au moins 30 ans,

- avoir au moins 15 ans de plus que l'adopté.

Cependant il n'y a plus de conditions de durée de mariage ni d'âge, si la stérilité de la femme est attestée par un certificat établi par deux médecins dont un gynécologue ou un chirurgien.

La légitimation adoptive résulte d'un jugement rendu sur requête en audience publique, après enquête et débat en chambre du conseil. Mention en est faite, en marge de l'acte de naissance.

Elle est définitive et irrévocable.

L'enfant cesse d'appartenir à sa famille d'origine. Il a les mêmes droits et les mêmes obligations que s'il était né du mariage à l'égard des adoptants et des parents des adoptants sauf s'ils refusent dans un acte authentique leur adhésion à cette légitimation adoptive.

Les conditions imposées sont les suivantes :

- l'adopté soit être un enfant trouvé, abandonné ou orphelin. Doit avoir 7 ans au plus. La limite d'âge peut se trouver reculée du temps nécessaire lorsqu'il a été recueilli avant d'avoir 7 ans, par deux époux ne remplissant pas encore les conditions d'âge.

- les adoptants doivent être des époux, adoptant conjointement, et remplissant les conditions d'âge de l'adoption.

Adoption réussie

L'adoption réussie est celle qui donne à un enfant qui n'en avait pas, une mère, un père, une famille, un foyer, qui lui permettent de se développer normalement et de vivre heureux. C'est donc d'abord, un bon maternage avec toutes les conséquences que celui-ci implique, dans un milieu familial stable, équilibré, normal. Elle crée une bonne famille, semblable à toute autre naturelle ou non.

Nous allons examiner quelles sont les conditions (essentiellement psychologiques) qui nous paraissent les plus nécessaires à cette réussite. Il est bien entendu que certaines sont souhaitables sans être indispensables, et que des adoptions sont réussies sans les réunir toutes ; disons seulement que leur réussite est alors plus difficile, plus aléatoire.

Concernant l'enfant, il existe une seule condition mais très importante : l'enfant doit être "neuf", maternable, donc très jeune. Nous avons vu que, précocement, l'enfant est fixé spécifiquement à sa mère : il faut qu'il soit adopté avant ce stade, pour que le maternage par la mère adoptive commence dès les premiers mois, sur un enfant sans passé. Certains parents préfèrent adopter des enfants plus âgés, de 3 ou 4 ans, en invoquant la raison qu'à cet âge on peut être sûr que l'enfant n'est pas "taré". Or dans une remarquable étude sur l'adoption (*), le Dr C. LAUNAY a relevé que dans la presque totalité des cas, les maladies héréditaires ou les lésions neurologiques dues à l'accouchement sont visibles au cours du premier mois - de toutes façons, après le 6ème mois, rien n'apparaîtra pendant plusieurs années. Une des grandes inconnues reste l'avenir intellectuel de l'enfant, mais ce problème se pose dans toute famille, que l'enfant soit procréé ou adopté. L'enfant, materné dès les premiers mois de sa vie, par sa mère adoptive, se "fait" dans cette famille ; son affectivité, son caractère , et dans une certaine mesure son développement intellectuel sont profondément marqués par elle : il

---

(*) Cl. LAUNAY et M. SOULE. L'Adoption, ses données médicales et psycho-sociales - Editions Sociales Françaises -

a toutes les chances de s'y développer aussi normalement que s'il y était né, puisqu'il a reçu l'essentiel : un bon maternage.

Aux parents adoptifs éventuels, les conditions sociales, personnelles - surtout psychologiques - à imposer, sont nombreuses et devraient être d'autant plus strictement observées qu'il y a de fait beaucoup plus de demandes d'adoption que d'enfants adoptables . Le choix entre les candidats adoptants, et l'élimination définitive de certains d'entre eux, doivent être confiés à un groupe de spécialistes de l'adoption, chargés d'étudier avec soin et de trancher chaque cas, au mieux de l'intérêt de l'enfant.

Dans son livre sur l'adoption, le Dr Cl. LAUNAY a étudié ces conditions. Nous nous limiterons donc à un rappel de certaines d'entre elles, et de leurs rapports avec le maternage.

Deux éléments sont à considérer au point de vue social : le milieu et la situation de la famille.

Tous les milieux sociaux bien entendu peuvent adopter un enfant, de la même façon qu'un bon maternage ne dépend pas des conditions sociales. A l'exemple de certains pays (comme les Etats-Unis) les intermédiaires des oeuvres privées cherchent toutefois une coïncidence entre les niveaux économiques et professionnels des abandonnants et des adoptants, pour qu'une certaine concordance intellectuelle puisse renforcer ultérieurement la cohésion familiale - sans d'ailleurs accorder à cette coïncidence la valeur d'une garantie.

Quant à la situation de famille, il est souhaitable que les adoptants soient un couple, dont la nécessité pour l'enfant est reconnue depuis longtemps par tous les psycho-

logues. De plus, le maternage de cet enfant adopté a d'autant plus de chances d'être réussi que la mère est plus équilibrée physiquement et moralement, qu'elle est plus heureuse. Enfin, des adoptions multiples dans une même famille sont préférables à une adoption unique, pour le meilleur développement de la personnalité de l'enfant. Du reste, ces conditions ne sont pas réservées aux familles adoptives, mais ressortissent aux meilleures conditions familiales, en général.

La santé physique et mentale des parents adoptifs doit être satisfaite. La mère en particulier - en plus des maladies contagieuses ou héréditaires à proscrire - doit être capable d'élever son enfant, et il faut souligner un point particulier, l'âge des adoptants. Légalement en France, seul un minimum d'âge est fixé (alors qu'existe dans la plupart des législations étrangères un âge maximum). Psychologiquement, il est nécessaire que l'âge des adoptants ne soit pas trop élevé : "La vie normale de la famille est facilitée quand l'âge des parents adoptifs se rapproche de l'âge normal des parents naturels" (*).

Enfin, condition essentielle, indispensable, et sans laquelle il ne peut exister de bonne adoption, l'état d'esprit des adoptants doit être bon et vouloir réaliser une fin altruiste, conforme à la formule : "l'adoption est faite pour l'enfant". Adopter, c'est avant tout, vouloir rendre heureux un enfant, augmenter ses chances de joie et de réussite; adopter, pour lui et non pour soi. Le changement radical survenu dans le principe même de l'adoption

---

(*) Rapport des experts en adoption au Congrès de New-York Cité par Cl. LAUNAY. Op. Cit. p. 206

est défini par le Dr Cl. LAUNAY (*) : "Autrefois son but essentiel était, pour une famille qui n'avait pas d'enfant, d'en choisir un qui devait s'estimer privilégié d'y entrer; aujourd'hui il s'agit pour un enfant sans famille, de lui en trouver une qui s'estime heureuse de l'accueillir". Sans doute, le but de l'adoption est double : donner une famille, une mère, à un enfant qui n'en a pas; donner un enfant à une famille qui n'en a pas; mais le but essentiel concerne l'enfant, le reste est secondaire et ne doit en aucun cas motiver la volonté initiale. Adopté dans ce but, l'enfant sera materné et élevé dans la vérité, avec amour, respect et humilité.

L'accord entre les parents doit être total sur ce principe, l'adoption devant résulter d'une volonté commune pour atteindre ce seul but : le bonheur de l'enfant. Et, ainsi que tous les parents, il faut accepter de prendre des risques, aimer cet enfant "pour le meilleur et pour le pire", respecter sa personnalité quelles que soient ses particularités physiques, intellectuelles, caractérielles; bref, savoir diriger l'enfant tel qu'il est, vers le meilleur de ce qu'il peut donner, mais ne pas essayer de lui imposer une volonté extérieure, de transformer sa personnalité en ce que l'on désirerait qu'elle fût. Il faut donc dissocier l'orgueil de l'amour : on peut être fier à juste titre d'un enfant aimé, "mais s'ils coexistent, amour et fierté ne doivent pas être mêlés. Il faut seulement les juxtaposer, afin que si les motifs de fierté disparaissent, l'amour demeure" (**).

C'est ce même respect de l'enfant, qui exige qu'on l'élève dans sa "condition d'adopté", condition ni supérieure

---

(*) Op. Cit. p. 8
(**) P. JOANNON - Adoption Op. Cit.

ni inférieure à celle d'un enfant né du mariage; seulement différente dans sa définition. C'est pourquoi il doit être informé très tôt - dès 3 ou 4 ans - de sa situation véritable "car l'important n'est pas que l'enfant comprenne, c'est qu'il sache..." (*). L'information de sa condition d'adopté, faite avec simplicité et tendresse par "sa" mère, dans la sécurité du climat familial, ne provoque chez lui aucune inquiétude. Et plus tard, lorsqu'il se posera des questions, il interrogera tout naturellement ses parents; parce qu'ils lui ont dit la vérité. Cette nécessité de la "révélation" précoce est certes particulière à l'adoption, mais cela aussi fait partie de l'attitude sincère de tous les parents, adoptifs ou non, vis-à-vis de l'enfant, sincérité nécessaire à un climat familial heureux et confiant, sans réticences ni anxiété.

Adoption manquée

Rejet effectif de l'enfant par les personnes qui l'avaient pris "en vue d'adoption", telle est la définition "sociale" de l'adoption manquée. C'est aussi le cas lorsque, l'enfant restant dans sa famille, l'adoption n'a eu pour effet que de lui donner un nom, sans avoir créé ces liens d'amour réciproque entre l'enfant d'une part, sa mère et sa famille adoptives d'autre part. C'est donc d'abord un mauvais maternage, parfois même une absence de maternage.

Pour l'enfant, les conséquences sont grandes. Si, étant "neuf", prêt à un bon maternage, il n'est, en fait, que sous materné dans sa nouvelle famille, c'est un mauvais départ, c'est une chance de moins d'être heureux ; et ses réactions d'enfant malheureux lui seront bien souvent re-

(*) Cl. LAUNAY Op. Cit. p. 160

prochées comme résultant d'une "tare mentale liée à son hérédité". Pour l'enfant, entré plus âgé dans cette famille, ce rejet et par suite, ce nouveau changement dans sa vie sont très traumatisants : ses troubles liés à l'immaternage ou au dématernage antérieurs s'aggraveront et une amélioration ultérieure sera encore plus aléatoire. Dégoûté, révolté, indifférent ou agressif, il est "raté" et a peu de chances de réussir une nouvelle adoption. Les conséquences sont donc toujours graves pour l'enfant car elles compromettent son avenir, soit en lui créant un passé malheureux, soit en aggravant les séquelles d'un précédent traumatisme.

L'important, dans ce problème, est de connaître les causes les plus fréquentes de l'échec et de tenter de les éviter. Celles qui sont liées à l'enfant sont de deux ordres : l'héridité et le passé de l'enfant.

On a longtemps placé l'hérédité à l'origine de nombreuses maladies physiques et mentales. A l'heure actuelle, on ne parle plus d'hérédité alcoolique; par ailleurs, il est difficile de déméler ce qui revient à l'hérédité en général, de ce qui revient à l'influence du milieu; on s'accorde le plus souvent à penser que cette dernière est la plus importante. Cependant, un fait demeure : le caractère héréditaire de certaines tendances mentales; mais il est également indéniable que nombre de troubles caractériels ou affectifs, aboutissant parfois à la délinquance, et mis autrefois au compte d'une hérédité chargée sont en fait, les conséquences de dématernages ou d'immaternages.

Sont fréquemment l'objet d'adoption manquée, les enfants trop vieux, traumatisés par un passé détérioriant ou par la séparation brutale d'avec une mère. Aspect "social"

de l'adoption manquée, le renvoi à l'Administration d'un enfant pris en vue d'adoption par une famille, montre que ces rejets brutaux, témoins d'un défaut d'adaptation réciproque, augmentent avec l'âge de l'adopté. Les statistiques de l'A.P. de la Seine concernant les enfants rendus avant le jugement d'homologation donnent :

au dessous de 5 ans	moins de 2 %
de 5 à 10 ans	2,94 %
plus de 10 ans	5,77 %

Ces chiffres ne reflètent qu'un aspect du problème : les éventuels parents adoptifs abandonnent une partie mal engagée avec l'enfant, d'autant plus facilement qu'il est plus âgé, que son indifférence ou son agressivité sont plus manifestes, c'est-à-dire dont les formes sont plus proches de celles d'un adulte. Mais, nous le répétons, ce n'est qu'une partie des adoptions manquées, de la même manière que les divorces ne représentent qu'une partie des mésententes conjugales.

Parmi ces enfants, les difficultés de l'adoption varient avec leur passé.

En effet, à côté d'un grand immaterné (Robert par exemple), qui est un malade, fort peu adoptable - et le plus souvent du reste, confié à des nourrices expérimentées, "spécialisées" dans ce genre de "récupération" - il y a des enfants qui ont reçu en collectivité, un sous maternage, suffisant pour assurer leur développement à peu près normal, très insuffisant pour satisfaire leur besoin d'aimer et d'être aimé; leur entrée dans une famille adoptive - après la période d'adaptation - leur apporte alors la possibilité de recevoir enfin cette affection attentive, et leur permet

souvent d'accomplir en quelques mois une transformation spectaculaire.

Les enfants dématernés sont beaucoup plus difficilement adoptables, leur rematernage étant très souvent voué à l'échec, même lorsqu'apparemment, l'adaptation s'est faite; et ce ne sont pas des manifestations de tendresse, liées à une amélioration des soins, qui feront oublier une mère qui a su se faire aimer de son enfant. Particulièrement dramatique est le cas où l'on arrache l'enfant d'un bon foyer nourricier pour le placer en vue d'adoption; bien souvent c'est la présence d'enfants légitimes qui empêche seule les parents nourriciers de se faire adoptants, pour assurer ainsi à l'enfant cette stabilité dont il a besoin. Privé de sa mère-nourrice, il est condamné au dématernage et à ses suites, qui dans ce domaine particulier, peuvent le conduire de placements en placements, en raison même de sa condition de démateré et d'adoptable à la fois. Ainsi, il se transformera en cet enfant révolté, définitivement asocial et anormal, qu'est le démateré chronique non rematerné. Comme l'on est loin du but poursuivi : assurer, par l'adoption, le bonheur de l'enfant qui, sans elle, en serait privé. Deux exemples (*) illustrent les réactions de l'enfant, l'un de détresse avec pleurs, l'autre de détresse intense avec inertie :

" G. Francisca, 2 ans 5 mois. Placée en vue d'adoption.

Depuis sont arrivée au foyer présumé adoptif, elle est en proie à des colères violentes, pendant les-

---

(*) Cl. LAUNAY Op. Cit. p. 131

quelles elle se roule par terre, se cogne la tête aux meubles et sur le plancher, veut mordre. La nuit, elle est prise de cauchemars, elle crie, se frappe la tête et se balance sur son lit. De toutes façons ses nuits sont agitées et elle remue sans cesse, au point qu'un électro-encephalogramme a été demandé par son médecin. Il est normal.

Quand ses parents, voulant l'amadouer, lui demandent de mettre une belle robe, elle répond : "elle n'est pas à moi...". Si on lui dit qu'elle a de beaux jouets, elle dit : "c'est ceux d'une autre petite fille ...".

Or ce comportement tranche absolument avec celui qu'elle avait chez sa nourrice. Il est dû à une réaction violemment agressive à l'égard des parents adoptifs qui l'ont enlevée au milieu où elle vivait.

" C. Dolorès, 2 ans 3 mois.

L'enfant nous est montrée par un couple qui l'a recueillie en vue d'adoption et qui s'inquiète de son comportement depuis les quelques semaines où elle vit à leur foyer.

L'enfant est timide, reste dans son coin, ne veut jouer à rien. Elle ne sourit jamais, elle refuse toutes les marques d'affections témoignées par la mère et s'enfuit quand le père approche pour l'embrasser. Elle mange peu, dort mal. La nuit, elle fait des cauchemars, elle se réveille en criant : "Maman .... j'ai peur, j'ai peur".

Il a été impossible de lui faire passer un test malgré la présence à ses côtés de ses deux parents adoptifs;

et ce n'est que peu à peu, au cours d'autres séances, qu'elle accepte de manipuler les objets du test.

Il est facile de constater un profon désarroi dû au changement de milieu familial et à son "arrachage" du foyer d'une nourrice qu'elle appelait "maman". Désarroi amplifié par les multiples examens médicaux (avec piqûres pour prises de sang) qui ont été pratiqués.

Revue trois mois plus tard, la fillette semble s'acclimater un peu".

Connaissant cette souffrance initiale de l'enfant et les suites immédiates et lointaines qu'elle entraîne, on ne voit plus les "justes motifs" et les "avantages" prescrits par la loi sur l'adoption. L'enfant doit donc rester chez ses parents nourriciers, c'est sont droit et c'est, nous l'avons dit, un droit inaliénable.

Cette situation est, du reste, une des raisons pour lesquelles l'adoption devra être autorisée aux ménages ayant des enfants légitimes. Une autre raison est la possibilité d'adoption, par des parents qui ont un enfant légitime unique, mais ne peuvent plus en avoir d'autre; elle revêt alors un double avantage, pour l'adopté mais aussi pour l'enfant légitime, car "tout le monde s'accorde d'ailleurs à penser que la situation d'enfant unique, adopté ou non, est la moins favorable à l'épanouissement d'une personnalité. Mieux vaut certes adopter deux ou même trois enfants, que d'en adopter un seul : la cohabitation de l'enfant véritable et d'un ou deux adoptés réalise les mêmes avantages" (*)

(*) Cl. LAUNAY Op. Cit. p. 200

Il en est ainsi dans de nombreux pays, par exemple au Canada où 30 à 40 % des enfants adoptés le sont dans des familles où il y a des enfants légitimes. Ces expériences étrangères réussies, depuis plus de 30 ans, montrent encore une fois combien les liens du sang sont peu de chose devant ceux du maternage - c'est-à-dire de l'amour - puisqu'aucun problème affectif particulier n'a été relevé. "Cet argument vient à l'encontre de ce qui est souvent invoqué pour repousser une telle innovation dans notre pays, où l'héritage et la tradition sont plus tenaces qu'ailleurs"(*).

L'adoption tardive présente donc de graves dangers. Or, dans l'Administration Publique, le nombre et l'âge des enfants tardivement "abandonnés" - au sens légal du mot - a considérablement augmentée: alors qu'en 1900, 50% des enfants abandonnés l'étaient avant 3 mois, il y en a aujourd'hui moins de 5 % avant 3 mois et par contre 25 % après 6 ans. Cet état de fait est dû en grande partie, semble-t-il, à une mauvaise compréhension de la lutte contre l'abandon et à une application trop systématique de la loi de 1943 d'aide matérielle aux mères. Le Professeur LELONG a admirablement posé le problème et proposé les réformes nécessaires basées sur le principe suivant : "S'il est évident que tout doit être fait pour éviter l'abandon d'un enfant que sa mère pourra élever et aimer (même par l'intermédiaire d'une nourrice ou d'une institution quelconque), tout doit être fait aussi pour éviter à un enfant le drame d'un abandon tardif (de droit ou de fait). C'est là le problème essentiel, capital et, disons le mot, dramatique que pose à la société l'abandon à notre époque" (**) car "l'idée d'abandon devrait

---

(*) Cl. LAUNAY Op. Cit. p. 201

(**)M. LELONG et al. Problèmes sociaux et affectifs posés par l'abandon d'un enfant in "Sauvegarde de l'Enfance" 5/6 1955 - page 430

être inséparable de l'idée d'adoption ou de réinsertion familiale" (*). On ne doit donc pas lutter systématiquement contre un abandon précoce par la mère, lorsque celle-ci le désire sincèrement, même si sa situation n'est pas nette car "on n'a pas le droit et on ne doit pas sacrifier l'intérête réel de l'enfant aux chances aléatoires de relèvement de la mère" (**). Un service médical et social spécialisé, étudiant chaque cas avec objectivité et un sens psychologique affiné, permettrait alors de rendre précoces les abandons inévitables, supprimant ainsi une des grandes causes d'adoption manquée par défaut de maternage d'un enfant trop âgé.

Les risques d'échec dues aux adoptants sont variés dans leurs formes et leur gravité : ils dépendent d'une part de la situation familiale et des conditions physiques des adoptants, d'autre part de leur état d'esprit.

Nous avons déjà dit, à propos des conditions de réussite de l'adoption, que la femme seule était moins apte qu'un couple à élever normalement un enfant. Les parents âgés de plus de 50 ans réalisent très souvent de mauvaises adoptions. Outre que leurs motifs ne sont pas toujours dénués d'une crainte de la solitude à l'approche de la vieillesse, mêmes les adoptants sincèrement désireux du bonheur de l'enfant n'ont plus les aptitudes physiques et mentales qui font de bons parents : leurs craintes excessives leur font "couver" cet enfant, leur fatigabilité en particulier leur sensibilité au bruit et à l'agitation les

---

(*) M. LELONG et al. Problèmes sociaux et affectifs posés par l'abandon d'un enfant in "Sauvegarde de l'Enfance" 5/6 1955 - page 435

(**)- ibid - page 434

font rapidement exaspérés, et, au bout de quelques années, le fossé s'est creusé entre parents et enfant de telle sorte que rien n'existe plus d'un foyer normal. Le Dr Cl. LAUNAY rapporte l'exemple d'un couple de personnes âgées qui, après avoir soigné et élevé avec dévouement un enfant pendant les premières années, se trouvent peu à peu dépassés par les perturbations qu'il apporte à leur tranquillité. Les réactions de l'enfant à ce climat familial étouffant sont telles que la seule solution valable est de mettre l'enfant pensionnaire à huit ans.

Le problème mental et psychologique des causes d'échec liées aux adoptants est le plus difficile et le plus important : le plus difficile, car la connaissance claire des motivations d'une adoption n'est pas toujours accessible; le plus important car un mauvais état d'esprit entraîne fatalement une mauvaise adoption.

Les psychoses et les névroses graves, ainsi que les états de déséquilibre mental plus caché, doivent faire écarter d'office les demande d'adoption. Un aspect du problème est particulier, qui est lié à la stérilité de la femme, à son acceptation ou non. Le refus névrotique de cette stérilité, l'angoisse d'être inférieure, doivent entraîner le refus d'une adoption, et c'est pourquoi il faut s'assurer dans la mesure du possible, que la future mère adoptive a dominé ce problème.

Les parents qui désirent adopter un enfant pour une autre raison que son bonheur à lui, réalisent toujours une mauvaise adoption. Or, certains qui pensent adopter un enfant pour l'aimer avec respect et humilité, ont en fait des motifs beaucoup moins généreux, qu'il faudra déceler

et qui les feront "impitoyablement" écarter car "il faut se garder, cela va de soi d'une attitude d'esprit trop fréquente qui consiste en particulier à prendre en pitié le sort d'un adulte auquel on doit refuser un enfant" (*). Et ce, d'autant plus que dans tous les pays, et particulièrement en France, le nombre des candidats adoptants est bien supérieur à celui des enfants adoptables.

Ces mauvais motifs sont la recherche de joies personnelles, la satisfaction de l'orgueil, le profit. "On n'adopte pas un enfant pour se distraire, se protéger ou se consoler. On l'adopte pour le rendre heureux" (**) .

L'adoption qui plaît, c'est d'abord celle qui est un remède à l'ennui. Mais que de légèreté - parfois cachée par une exaltation sincère mais irréfléchie, éphémère - il y a dans cette décision d'adopter un enfant comme on prendrait un petit chien.

Pour d'autres, la venue d'un enfant "au foyer" leur permettra, pensent-elles, de guérir une mésentente conjugale, d'éviter le divorce. Mais loin d'atteindre le but désiré, la présence de l'enfant, source de nouveaux conflits, précipite bien souvent la séparation des époux. Et l'enfant, fût-il aimé de sa mère, se trouve néansmoins dans la situation peu enviable d'un enfant de divorcés.

Parfois, l'adoption est motivée par le désir de remplacer par un petit enfant un grand enfant disparu,

---

(*) Cl. LAUNAY Op. Cit. Page 65

(**) P. JOANNON. Adoption et Hygiène Mentale. Page 3

celui-là devant vivre dans les souvenirs de celui-ci. On voit à quels excès les exigences des parents aboutissent rapidement, rendant impossible toute affection réelle.

L'adoption par orgueil des adoptants peut parfois paraître réussie si l'enfant est en tout conforme à leur désir. En fait ces parents exigeants, voire intransigeants, dont l'affection est conditionnelle, ne sont jamais pleinement satisfaits et leurs déceptions, leurs blessures d'amour-propre, non compensées par de la tendresse vont peu à peu rejeter l'enfant dans le dégoût ou la révolte, d'autant plus qu'on lui reprochera son "ingratitude". L'orgueil peut être plus caché, mais "chronologiquement trois stades sont à distinguer, au cours desquels de médiocres parents adoptifs peuvent le laisser apparaître sous des formes différentes : avant l'adoption, au début de celle-ci et ultérieurement lorsque l'adopté devient écolier, apprenti ou étudiant" (*). Avant l'adoption, c'est la situation de ménages sans enfants qui les gêne, les "déclasse" par rapport aux autres. Pour calmer cette blessure d'amour-propre, ils adoptent un enfant. Au début, pendant les premières années, on veut qu'il soit beau, fort, bien portant, pour en recevoir des compliments. Le maternage est alors bien souvent médiocre et si les qualités physiques de cet enfant ne correspondent pas à ce qu'on attendait de lui, sa mère, qu'il ne flatte pas dans son orgueil lui en veut - conciemment ou non - et les relations mère-enfant en sont profondément perturbées. Avec la période scolaire c'est l'exigence des succès pour qu'il fasse honneur; sinon les reproches et certains comportements abusifs des parents conduisent l'enfant à l'inhibition ou à la

---

(*) P. JOANNON - Adoption et Hygiène Mentale - Page 4

révolte. Cette mauvaise conduite familiale n'est d'ailleurs pas particulière à l'adoption mais liée à l'attitude des parents qui ont confondu amour et orgueil; l'amour ne pouvant exister que si l'on respecte avec humilité les caractéristiques physiques, intellectuelles, affectives qui font la personnalité d'un enfant.

L'adoption qui "rapporte", que ce soit pour la transmission des biens, les dégrèvements fiscaux, ou tout autre raison intéressée est bien entendu à rejeter.

Une dernière cause d'échec, d'autant plus navrant qu'il est facilement évitable, est la révélation tardive de sa condition d'adopté. Les raisons invoquées par les adoptants pour cacher la vérité à l'enfant sont toujours fausses et parfois même teintées d'égoïsme : peur de faire souffrir l'enfant, et par suite, attente "pour qu'il puisse comprendre", - alors qu'il comprendra seulement qu'on lui a menti - ; peur de paraître juger la mère naturelle - il n'en est pas question - ; peur obscure de commettre une "faute" préjudiciable à l'enfant - peur dûe sans doute à une angoisse profonde liée à une stérilité mal acceptée - ; enfin, peur d'être moins aimée par l'enfant qui "va penser à sa vraie mère", laquelle partagera dès lors son amour. Invoquer cette dernière raison - la plus fréquente d'ailleurs - c'est oublier le but essentiel qui n'est pas de "s'attacher" l'enfant pour se faire plaisir; c'est de plus, une crainte non fondée, puisque, l'enfant informé tôt, a plus souvent, lorsqu'il est en âge de comprendre, un surcroit d'affection pour ces parents "qui n'étaient pas obligés", "qui l'ont choisi". Certains parents, qui ont fait une légitimation adoptive pensent pouvoir laisser ignorer son origine à leur enfant. C'est une double faute : pratique, car l'enfant est toujours amené à connaître la vérité (lors de son

mariage par exemple, la transcription étant faite sur l'acte de naissance nécessaire); psychologique et morale, car l'enfant a droit à la vérité, c'est une forme de respect qu'on lui doit; ses origines, sa condition ne sont pas honteuses, ne sont une faute ni de lui, ni de ses parents, et par conséquent, il n'y a pas à s'en cacher.

Le choc de la révélation tardive est toujours grave chez l'enfant. Il l'est d'autant plus que, bien souvent, les parents qui n'osent pas dire la vérité sont des anxieux; l'anxiété, qui a déjà transparu dans le maternage, a créé chez l'enfant une tendance identique; au fur et à mesure que les années passent, la peur que "l'enfant apprenne", augmente cette angoisse qui perturbe fortement le climat familial et aggravera les réactions de l'enfant au moment du choc. Si la révélation survient en plus pendant une période "fragile" comme l'adolescence ou les fiançailles par exemple, les réactions seront intenses et les conséquences peut-être catastrophiques. En général, la réaction initiale est la fugue ou la crise grave de dépression, telle cette adoptée de 21 ans qui apprend sa condition au moment de se fiancer : elle tombe alors dans un état de dépression, pleure, devient triste, fermée, rompt ses fiançailles; puis brusquement, présente des idées délirantes avec thème de suicide et réapparition d'énurésie.

Les suites lointaines sont graves : le caractère est souvent profondément modifié, les rapports avec les parents rompus.

Lorsque la révélation est faite avant la puberté, les réactions sont moins violentes, mais leur évolution se fait souvent vers leur détachement des parents, surtout si, mal informés du problème, ceux-ci ont une attitude maladroite.

Il faut signaler des cas où malgré l'absence toujours regrettable d'une révélation précoce, la révélation tardive franche a un effet salutaire sur un enfant particulièrement difficile ou opposant parce qu'il pressentait la vérité et réagissait fortement à cette situation angoissante; la confirmation tardive de ce doute obsédant mettant un terme à cette situation fausse est alors un choc bénéfique pour l'enfant : son comportement peut s'améliorer rapidement. Ce sont des adoptions "sauvées" par la sincérité, encore efficace en dépit de son retard.

Adoption cassée

Il est un cas particulier et dramatique d'adoption interrompue, qui ne dépend ni de l'enfant, ni des adoptants, qui se fait au contraire malgré eux, contre leur amour, c'est l'adoption cassée.

Résultat d'un jugement, elle arrache, au nom de la Justice, un enfant à sa mère adoptive, qu'il aime et qui est devenue sa vraie mère, en faveur de parents par le sang, qu'il ne connaît même pas. Ne nous lassons pas de répéter qu'une procréatrice n'est pas encore une mère.

Nous avons vu les conséquences désastreuses qu'un tel dématernage peut avoir sur un enfant de moins de 3 ou 4 ans, non encore structuré, et dépendant exclusivement de sa mère. Sur un enfant plus âgé, les conséquences sont encore très graves et compromettent lourdement son avenir. Immédiatement, c'est la souffrance et le désarroi de cet enfant, "abandonné" de ceux qu'il aime, placé de force dans cette maison qui ne lui est rien avec ces "parents" qu'il se refuse à considérer comme tels. Cette détresse

initiale est à l'origine de nombreux troubles caractériels et affectifs dont on ne peut encore mesurer, à ce moment, la profondeur. On retrouve les deux caractéristiques dominantes, suivant le tempérament de l'enfant : l'agressivité et l'indifférence. Pour l'un c'est la révolte ouverte, d'autant plus violente qu'il rend responsable de son malheur ses nouveaux parents, et aussi, ce qui le déchire infiniment plus, ses parents adoptifs qu'il aime et qui l'ont trahi; il se retrouve seul, seul contre tous : un antisocial, avec tous les risques éventuels que cela comporte pour lui et les autres, vient d'être créé. Pour l'autre type d'enfant, ce sera après le désarroi du début, l'indifférence apparente, voulue, le repli définitif sur lui-même. Sur les plans professionnel et sentimental c'est bien souvent l'échec futur, la vie ratée, car l'un la saccage, l'autre s'en désintéresse.

Une adoption peut être cassée s'il y a justaposition de deux ordres de faits : les uns purement juridiques, permettant la révocation du jugement d'adoption ou sa non validité, les autres psychologiques, émanant des parents naturels, qui veulent "reprendre leur enfant", "la chair de leur chair" dit l'avocat; elle n'est possible que si la filiation n'a pas été tenue secrète.

Nous ne détaillerons pas les causes qui, actuellement, sur le plan légal, font que l'on puisse séparer un enfant de sa mère. Qu'il nous suffise de dire que de telles lois existent, qu'elles sont barbares, que c'est aux juristes - conscients de ce droit de l'enfant à conserver ceux qu'il aime - de les réformer au plus vite. Car, il devient urgent que cessent certains scandales dont le moins qu'on puisse dire est que l'on ne comprend plus. Nous ne pensons pas qu'il existe des gens pour approuver

une "loi" qui fait rendre à sa mère par le sang, cet enfant de 7ans dont elle s'est jusqu'alors "désintéressée" - aux sens matériel et moral du mot - quand on sait que, cette femme étant une prostituée, le jugement a stipulé que l'enfant sera envoyé en pension, et qu'il doit, pour satisfaire aux liens du sang, être arraché à un foyer, où ses parents adoptifs avaient réussi par leurs soins et leur amour à le rendre heureux.

Mais il devient également urgent que cesse la remise de l'enfant à ses parents naturels, comme prime à leur rachat, ou même comme réparation d'une injustice passée.

Pour le bien de l'enfant, il ne faut plus qu'une reconnaissance prénatale - qui peut être tenue cachée pendant des années - puisse venir briser une famille adoptive, quel que soit l'esprit dans lequel fut fait cette reconnaissance.

Pour le bien de l'enfant, il ne faut plus qu'une contestation d'abandon, sincère ou non peu importe, puisse être une menace pour l'adopté.

Pour le bien de l'enfant, il ne faut plus que le seul recours des parents adoptifs, conscients de leurs devoirs, responsables devant eux du bonheur de leurs enfants, soit la fuite et l'illégalité; il ne faut plus que l'angoisse s'installe dans les foyers adoptifs qui se sentent menacés à la suite d'affaires retentissantes; il ne faut pas que l'adoption, au principe généreux et aux résultats magnifiques, soit compromise au point d'être vouée à disparaître.

Le droit primordial de l'enfant est de rester auprès de la femme qui l'a materné, dans cette famille qui l'a

entouré d'amour et l'a rendu heureux. C'est dans cet esprit que l'on doit à présent considérer et protéger l'adoption.

o

o o

Les procréateurs qui se réclament de leurs droits pour reprendre l'enfant qu'ils ont d'abord délaissé, ont des motifs très variés allant des plus abjects aux plus désintéressés.

Le goût du scandale, de la revendication pour elle-même;la volonté de faire respecter à tous prix leurs droits et en particulier ces "droits du sang" trop officiellement prônés par des esprits qui ignorent tout du maternage ou en méconnaissent l'extrême bienfaisance au point de ne pas assez le respecter; un désir de "revanche", destructeur, qui leur fait voir la possibilité d'exercer leur puissance sur des gens plus heureux, plus favorisés, et d'imposer leurs droits légaux quels qu'en soient les conséquences pour l'enfant; telles sont certaines des plus sordides motivations qui font demander et parfois obtenir la révocation d'une adoption réussie.

Parfois, à l'origine de la demande, on trouve le mariage, quelques années plus tard, de la mère avec le père de l'enfant, et la constatation d'une stérilité aggravant brutalement leurs regrets; la consolidation de ce mariage leur paraît subordonnée au retour de l'enfant, car, se sentant fautifs et frustés ils se renvoient bientôt l'un à l'autre, la responsabilité de l'abandon. L'enfant

assurerait, en quelque sorte, la paix de leur conscience et celle du ménage.

Certains jugements, à répercussions retentissantes, ayant ouvert des perspectives nouvelles et inespérées, des recherches sont entreprises en vue de retrouver puis de réclamer un enfant, par des mères qui n'y pensaient même pas; elles le font alors, poussées par un vague et parfois lancinant remords qu'elles pensent ainsi apaiser, entraînées par l'espoir d'un bonheur d'autant plus illusoire qu'il correspond souvent à une imagerie sentimentale - "l'enfant de sa chair", "la faute pardonnée", "sa vie rachetée" .... -

Enfin , c'est souvent un désir sincère de "réparation" qui pousse une mère à vouloir reprendre son enfant : se sentant coupable de l'abandon initial, dont elle ne se reconnaît plus le droit ayant elle-même évolué et mûri, elle veut l'effacer, et le désire d'autant plus que sa nouvelle situation matérielle, sociale, familiale et morale, lui permet - à son avis - d'assurer à son enfant les meilleurs soins et le bonheur le plus parfait, puisque c'est "son" enfant.

En fait, peu importent les motifs, bons ou mauvais, qui poussent les procréateurs, dits parents naturels, à vouloir reprendre l'être qu'ils appellent leur enfant; car, du seul point de vue de celui-ci, aucun n'est valable, puisque son bonheur irrévocablement lié désormais à sa vie avec ses parents adoptifs, ne peut plus être assuré au mieux par ces "parents" survenus trop tard dans sa vie.

Il n'est pas question, ici, de "juger" les parents naturels - pas plus, du reste, que les parents adoptifs -, mais il faut qu'ils sachent que cet enfant n'est pas le leur

qu'ils n'ont aucun droit sur lui, qu'ils l'ont définitivement perdu, non pas tant en signant son abandon, qu'en ne lui donnant pas leur amour durant ses premières années et qu'en le laissant aimer et être aimé par d'autres qui, eux, sont devenus ses seuls vrais parents, sur lesquels, lui, a des droits. La plus grande preuve de dévouement que ces parents naturels peuvent lui donner, c'est de le laisser en paix au sein de sa famille adoptive.

V - RECAPITULATION -

1. La notion de maternage, donc d'amour donné et reçu, domine le problème de l'adoption, le maternage consistant, fondé qu'il est sur une adoption réciproque et un amour mutuel, en l'ensemble des situations et des processus par lesquels la mère ou son substitut aide l'enfant à se faire, favorise son développement et permet sa croissance normale, sauvegardant ainsi tout à la fois sa vie, sa santé et sa joie.

2. Immaternage et dématernage sont des risques redoutables par la fréquence, la sévérité, la durée des méfaits qu'ils peuvent engendrer.

3. Pour un couple altruiste voulant avant tout le rendre heureux, l'enfant dont l'adoption est facile est encore jeune (quelques mois), "neuf" pour ainsi dire (et non "veuf"), maternable par conséquent, le bienfait de l'adoption précoce devant être complété plus tard par une précoce révélation.

4. A maternage réussi (par la mère adoptive, affectueusement aidée par son mari), adoption réussie.

5. A maternage manqué ou a rematernage impossible, après un incurable dématernage (l'enfant ayant été séparé de la femme, par exemple une nourrice, qui l'a tendrement maternée), adoption manquée (ou médiocre)

6. A maternage réussi par la mère adoptive, mais suivi d'une cruelle séparation d'avec elle, adoption cassée.

7. L'enfant victime d'une telle déchirure est exposé à des souffrances et à des troubles graves qui risquent de retentir, notamment dans le domaine du caractère, sur toute sa vie, et cela, même s'il est encore petit, le nourrisson ne passant plus, comme autrefois, pour un simple tube digestif, et son activité psychique paraissant au contraire, en particulier sur le plan affectif, déjà grande.

8. Grâce à des travaux de biologie et de psychologie accomplis de nos jours en divers pays et dont les résultats sont concordants, cette pathologie émotionnelle est maintenant comprise et ne paraît pas moins importante, au cours de l'enfance, que la pathologie infectieuse qu'ont éclairée , il y a plus d'un demi-siècle, les découvertes pasteuriennes.

9. La rupture d'une adoption réussie étant déplorable pour l'enfant qui en pâtit, la loi, la jurisprudence, l'opinion publique et les moeurs doivent lutter vigoureusement contre cette éventualité.

10. Le droit qu'a l'enfant de vivre avec la femme qui l'a bien materné et qu'il aime aussi profondément qu'elle l'aime elle-même, doit être reconnu, et considéré désormais comme primordial, cette reconnaissance, ignorée par le vieux Code, mais qui nécessite d'urgence toutes réformes utiles, étant un des authentiques progrès d'une civilisation qui veut dépasser la dureté romaine.

11. Si le désir de reprendre un enfant déjà bien adopté pousse les parents naturels à entamer un procès, celui-ci ne doit pas plus porter sur ce qui pourrait être leur démérite initial que sur le mérite passé des parents adoptifs, critiques ou louanges qui n'avanceraient à rien.

12. Se documenter puis réfléchir sans parti pris (au sujet notamment d'une sorte de droit naturel de "propriété" qui reviendrait aux parents selon la chair, même quand la procréatrice n'a pas su devenir la mère), c'est admettre que ce pathétique procès concerne exclusivement l'avenir de l'enfant, autrement dit ses droits vitaux, auxquels correspondent les devoirs de la société, et a pour seul but la recherche de ce qui sera pour lui, pour cet innocent dont les adultes ont la charge, la meilleure décision. Dans cette perspective, les avocats ne devraient plus être ceux des deux parties mais les siens, venus de deux horizons différents et voués à une même recherche.

13. Après les plaidoiries les juges ont donc, autant que les lois en vigueur le leur permettent, à opter pour la solution la plus propice au durable bonheur de cet enfant, compte tenu de la réalité historique, irremplaçable et, jusque dans l'inconscient, inoubliable, qu'à une période exceptionnellement sensible de son existence, les forces nullement fictives de l'amour ont su forger en sa faveur.

14. S'il est heureux dans la chaude famille adoptive qui lui donne allégresse, équilibre et sécurité, il est trop tard pour parler des liens du sang et on doit le tranquillement laisser dans ce qui est devenu son vrai foyer. Le chasser de celui-ci serait un mal immense que ne compenseraient pas les avantages, d'ailleurs pas toujours certains de l'hérédité.

15. L'amour est oblation, au besoin sacrifice ou même héroïsme, et il est des circonstances où on doit souhaiter, en toute sagesse et en toute justice, que, sous son empire, la puissance et la beauté de la loi morale l'emportent sur les froideurs de la loi écrite ou les fièvres de la dispute. Ce ne sont pas là de grands mots dissimulant le théorique et l'impossible. Au courant de ces notions nouvelles et mesurant, non sans peine, les obligations qu'elles imposent, les procréateurs qui s'affirment capables d'aimer beaucoup l'enfant que d'autres, auxquels il est définitivement attaché, ont si bien accueilli et protégé, devraient avoir, au nom de leur amour pour lui, le douloureux courange de dire : "Puisque c'est son nid, qu'il y reste ! ".

- C O N C L U S I O N S -

La notions de maternage domine le problème de l'adoption.

La bienfaisance décisive du maternage commande la précocité de l'adoption et interdit la rupture d'une adoption réussie.

Immaternage et dématernage sont des risques redoutables par la fréquence, la gravité et la durée des méfaits qu'ils peuvent engendrer.

A maternage réussi, adoption réussie.

A maternage manqué, où à rematernage impossible, adoption manquée (ou médiocre).

A maternage réussi, mais suivi d'une cruelle séparation entre la mère adoptive et l'enfant, adoption cassée.

La loi, la jurisprudence, l'opinion publique et les moeurs doivent lutter contre cette dernière éventualité, contraire à la plus impérieuse hygiène mentale.

Le droit qu'à l'enfant de vivre avec la femme qui l'a bien materné et qu'il aime aussi profondément qu'elle

l'aime elle-même, doit être reconnu et considéré désormais comme primordial.

Un jugement qui ordonne la rupture d'une adoption réussie et par conséquent un impitoyable dématernage est inhumain et le texte légal qui éventuellement l'impose, doit être réformé au plus tôt.

Le Président de Thèse : Professeur P. JOANNON

Vu,
le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,

Léon BINET

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie
de Paris,

Jean ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

AUBRY J. - La carence de soins maternels - Centre International de l'Enfance - P U F - Paris (1955)

BOILEAU - Rapport au Congrès de l'U N A R - Angers (1958)

BOWBY J. - The International Journal of Psycho-analysis - Vol. XXV, 1944 - éd. Baillière Tindall et Cox, Londres (1946)

FALADE S. - Contribution à une étude sur le développement de l'Enfant d'Afrique Noire. Thèse Paris (1956)

JOANNON P. - Maternage et Nursing - La Presse Médicale 53, p. 2059 (1960).

JOANNON P. - Adoption et Hygiène Mentale - La Semaine des Hôpitaux (Médecine dans le monde), 34è année, n° 2, (Juillet 1958)

JOANNON P. - Leçons d'Hygiène Mentale (Paris - Cours élémentaire aux Etudiants en Médecine de 5è année, 1954 - 1962)

LAUNAY C. et SOULE M. - L' Adoption, ses données psychologiques et sociales. Editions Sociales Françaises. Paris (1954)

LELONG M., SOULE M. et WEYL S. - Problèmes sociaux et affectifs posés par l'abandon d'un enfant - in Sauvegarde de l'Enfance 5-6 (Mai-Août 1955).

THOMAS A. - La carence auditive au nourrison - le prénom et le pseudonyme - La Presse Médicale 53, p. 249 (1960)

-TABLE DES MATIERES-

Introduction 1

Première Partie

I - Maternage 2
Caractères généraux 3
Conséquences 5
Différents aspects 6
Différences avec le nursing 7
Paternage 10

II - Immaternage 12
Différentes causes 12
Conséquences 13
Cas de Robert 15
Traitement et prophylaxie 23
Formes atténuées = sous-maternages 24

III - Dématernage 28
Forme aigüe 29
Cas de Bernard 33
Forme chronique 39
Cas de Gisèle 41
Forme diverses et leurs causes 46
Prévention 49

Deuxième Partie

IV - Adoption 52
Dispositions légales 53
Adoption réussie 55
Adoption manquée 60
Adoption cassée 73

V - Récapitulation 79

Conclusions 83

Bibliographie 86